

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10518954

A/C: MICHAEL MARQUES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170091252 ASL-0052839/17
Vitima: MICHAEL MARQUES DA SILVA
Data Acidente: 23/08/2016
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 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, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10549402

A/C: MICHAEL MARQUES DA SILVA

Sinistro: 3170091252 ASL-0052839/17
Vítima: MICHAEL MARQUES DA SILVA
Data Acidente: 23/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: BEATRIZ FERNANDES LEITE

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.dpvatsegurodotransito.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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

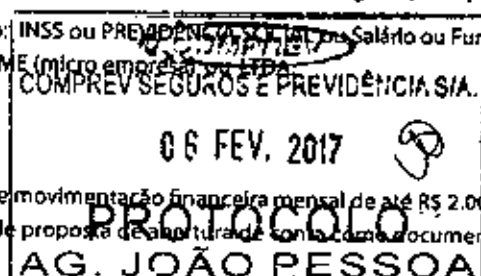
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Michael Marques da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4408722 EXPEDIDO POR _____ EM 08/10/2016
CPF 70368294-54 / CNPJ _____ PROFISSÃO recusado
E RENDA MENSAL DE R\$ recusado (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Michael Marques da Silva 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, Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTES: 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 N° da CONTA (com dígito, se existir) 013430206

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 17 de dezembro de 2016 LOCAL E DATA
MICHAEL MARQUES DA SILVA 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.

Se título
 EXTRATO DE PAGAMENTO DO PERÍODO INFORMADO, INCLUINDO AS DATA |
 PAG: 001

43.020-6 CEF: 013 CONTA: 43.020-6

CPF: 703.682.974-54
 VAL. BLQ. JUD. :
 MARQUES DA SILVA

SALDO VALOR TAXA HISTÓRICO

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

SALDO EM 26/12/2016 R\$
 F4 SALDO POR DATA 1974 17 VOLTAR PAG.

TEMA3299

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

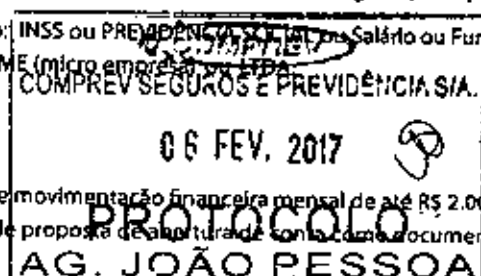
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Michael Marques da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4408722 EXPEDIDO POR EM 08/10/2012
CPF 70368294-54 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO recusado
E RENDA MENSAL DE R\$ recusado (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Michael Marques da Silva 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, Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- 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 _____ 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) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013430206

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 17 de dezembro de 2016 LOCAL E DATA
MICHAEL MARQUES DA SILVA 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.

25

56

~~SECRET~~

1.3.4.1.3

3

AG. JOÃO PESSOA

0000

REF: 703-682,974-54

WATES TO SPOONED THE-ALL

43-070-6

UNCLASSIFIED

01374 25

FIELDING INFORMATION AS DATA

PAGE: 221

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Michael Marques da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Josefa Maria Costa, 40
Lot Boa Vista Santa Rita PB CEP: 58300-970
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4108722
Data local do exame: [24/02/2017] 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 PÉ ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.**
- 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?
(☒) 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?
(☒) 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.
- EVOLUI COM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.
Data da alta: 18/11/2016.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E DESBRIDAMENTO DO FERIMENTO E COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA, RESULTADOS INSATISFATORIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) 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.
- APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.**
- 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| PÉ - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual (☒) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO QUE EM RAZÃO DO MEU OFÍCIO E A REQUERIMENTO VERBAL DE PESSOA INTERESSADA, O REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 2486/2016, CUJO TEOR PASSA A TRANSCREVER NA INTEGRA ADIANTE SE SEGUE. Aos VINTE E CINCO dias de NOVENBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Policia Civil, presente (a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrev(a) do seu cargo, ai, por volta 15h:25min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MICHAEL MARQUES DA SILVA, conhecido por **NEGO**, Identidade nº 4.108.722-SSP/PB, CPF nº 703.682.974.54, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: gesseiro, filho(a) de Josivaldo Lino Da Silva E De Marli Marques De Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/04/1998 (18 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Josefa Maria Costa, 40, Lot. Boa Vista, Várzea Nova, Santa Rita - Pb, tendo como ponto de referência: Por trás da Granja Pantanal, na cidade de SANTA RITA - PB, fone(s) para contato: (83) 98830.2238.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 23 de agosto de 2016;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Várzea Nova, próximo a Granja Pantanal, Santa Rita - PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABERIA - GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM, MOTO DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, PLACA OEV2351-PB, CHASSI Nº 9C2KD0810GR423336 ANO 2015 E MODELO 2016, COR VERMELHA, CUJO DOCUMENTO SE ENCONTRA EM NOME DE JOSINALDO LINO DA SILVA, PORÉM QUEM CONDUZIA A MOTO ERA O NOTIFICANTE MICHAEL MARQUES DA SILVA;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

MARLI MARQUES DE LIMA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE, afirma o notificante que no dia e hora acima mencionado, quando retornava para casa na moto acima mencionada, segundo informa atravessou um cachorro em sua frente e ele acabou perdendo o controle da moto tendo o carro que vinha atrás batido no notificante, tendo sido socorrido por tercelhos para UPA24H e depois foi transferido para o Complexo Hospitalar Mangabéria - Gov. Tarcísio Burity, tendo após avaliação médica constatado fratura exposta de pé esquerdo, tendo sido realizado procedimento cirúrgico dia 23/08/2016 com alta hospitalar no dia 01/09/2016, conforme Certidão nº 1694/2016 apresentado pelo notificante.

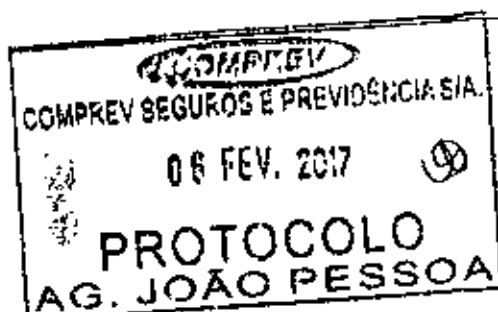
9) OBSERVAÇÕES:

SERVIRÁ PARA O DPVAT.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrev(a) que digitei.

MICHAEL MARQUES DA SILVA
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 135.670.4



DOCUMENTO 1 *T1%*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Michael Marques da Silva, portador da carteira de identidade nº 41.108.722 e inscrito no CPF/ME sob o nº 7086829741-54, residente e domiciliado na Luiza Maria Costa, 40, Cidade Vila Nova Santa Rita Estado Paraná, 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.

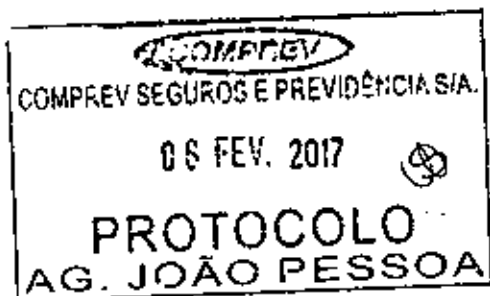
DOCUMENTO 3 "T396"



MICHAEL MARQUES DA SILVA
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 17/12/2016

Local e data



CERTIDÃO

Nº. 1694/2016

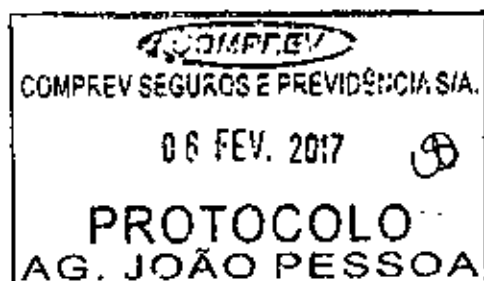
Atendendo solicitação de **BEATRIZ FERNANDES LEITE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 879712 e Prontuário nº 2016.08.002007 pertencentes a **MICHAEL MARQUES DA SILVA** que foi atendido dia 23/08/2016 às 18H53min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em pé direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 23/08/2016 com alta médica dia 01/09/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de Novembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DOCUMENTO 2 '1256'



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: 03/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000043020-6

Nr. da Autenticação CA097ECD07DC9F39



COMPREV SE JURIS E PREVIDENCIA S/A

06 FEV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Michael Marques da Silva

RG nº 4108722, data de expedição 08/10/12, Órgão SSP/PB

CPF nº 70368297454, 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 Josefa Maria Costa</u>
Número	<u>40</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Lot. Boa Vista</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300 970</u>
Telefone de Contato	<u>83 983598203 / 96532926</u>
E-mail	<u>beatriz.dprivat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 06/01/2017

Assinatura do Declarante: Michael Marques da Silva



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70758700

REFERENCIA

JUL/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

ELISABETH DOMINGOS DE AGU
RUA JOSEFA MARIA COSTA 40

LOT BOA VISTA
VARZEA NOVA

58300- 970

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
146.03.055.0275		0	1	0	0	0	70758700
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A12B003819	12/09/2013	4	LIGADO		POTENCIAL.		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM. DE DIAS PROXIMA LEITURA							
165		4	29		20/08/2016		

COMPREV
CUMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

05 FEV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Beatriz Fernandes Leite
 RG nº 003150239, data de expedição 15/10/09, Órgão 11CA/RN

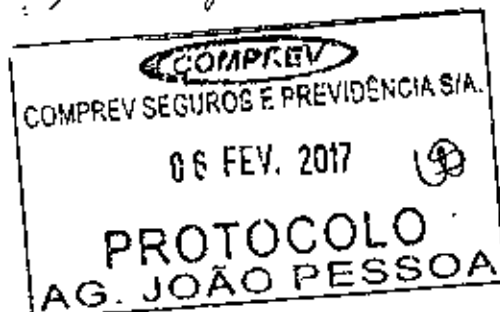
CPF nº 005204994-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Bernardino Geraes</u>
Número	<u>270</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangueira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>58056020 / Paraíba</u>
CEP	<u>Paraupeba / 57056-020</u>
Telefone de Contato	<u>83/32759-7203 / 90655-2006</u>
E-mail	<u>Beatriz.duarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 15/12/2016

Assinatura do Declarante: Beatriz Fernandes Leite



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Beatriz Fernandes Leite
RG nº 003189239 data de expedição 15/10/99, Órgão 1º DEP - RN

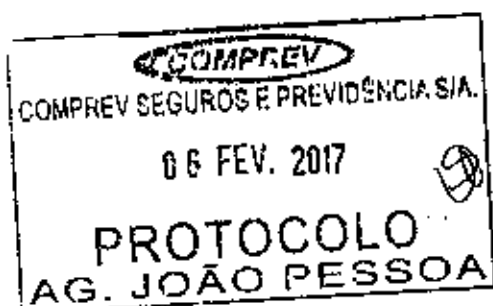
CPF nº 05620499405, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

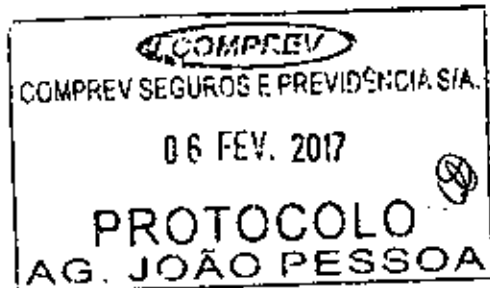
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rel Benedito Gonçalves</u>
Número	<u>280</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58056-020</u>
Telefone de Contato	<u>98759-8203 / 9653-2926</u>
E-mail	<u>Beatriz.dpnat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 05/12/16

Assinatura do Declarante: Beatriz Fernandes Leite





VALFREDO FELINTO CARDOSO
RUA CEL. BENEDITO GONCALVES, 280 (EDIF. A - MANGABEIRA)
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58054-020 (R.G. 1)

Classificação: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO
Rótulo: 12-S-280-120
Nº medidor: 00001237579

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.905.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.623-0
Atividade Fiscal: Conta de Energia Elétrica (P000) 894.000
Código para Dígitos Automáticos: 00012.003.194

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1246319-6

Canal de contato

Nov / 2016

Apresentação

22/11/2016

Data prevista da
próxima leitura

21/12/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

10834570400

Faturas em atraso

16/11/2016 52,45
16/10/2016 41,16

Histórico de Consumo
(kWh)

Out/16	78
Sep/16	64
Ago/16	89
Jul/16	55
Jun/16	64
Mai/16	54
Abr/16	39
Mar/16	3
Fev/16	4
Jan/16	2
Dez/15	23
Nov/15	34

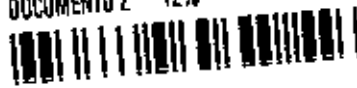
Média dos últimos meses
41 kWh

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
21/10/16	9641	22/11/16	9731	1	90	32

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	90	0,44228	39,80	
Adic. B. Amarela			0,83	
ICMS			13,73	
PS			0,11	
COFINS			0,54	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIB. SERV. LIMP. PÚBLICA			2,25	

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	54,82	25,00	13,73
PS	54,82	0,2163	0,11
COFINS	54,82	0,8861	0,54

VENCIMENTO 16/12/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 57,68



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017



DECLARAÇÃO

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 Beatriz Fernandes Leite, portador(a) do RG nº 103189239, expedido por 1-EP/RN, em 15/10/09, CPF/CNPJ nº 056204994-05,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Michael Marques da Silva do sinistro de DPVAT da natureza imobilidade da vítima Michael Marques da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ recuso

Documentos comprobatórios: não possui

Beatriz Fernandes Leite
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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

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 Beatriz Fernandes Leite, portador(a) do
RG nº 003.189.239, expedido por ITAP IRU, em
15/10/09, CPF/CNPJ nº 056204994-05

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Michael
marques da Silva do sinistro de DPVAT da natureza imprudência
da vítima Michael marques da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recuso Renda Mensal: R\$ recuso

Documentos comprobatórios: não possui

Beatriz Fernandes Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joseivaldo Lino da Silva,
 RG nº 2489890, data de expedição 09/09/11,
 Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 05246595404 com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Emília Fêlia Cruz 104 B, nº _____,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Michael Marques da Silva cujo o condutor era
Michael Marques da Silva
 Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda NXR 160 Bros ESD D
 Ano: 2016
 Placa: 0EV2351/PB
 Chassi: 9C2K00840GR423336
 Data do Acidente: 23/08/2016
 Local e Data: João Pessoa 12/01/2017

CARTÓRIO
 VIEIRA BATISTA

Joseivaldo Lino da Silva
 Assinatura do Declarante

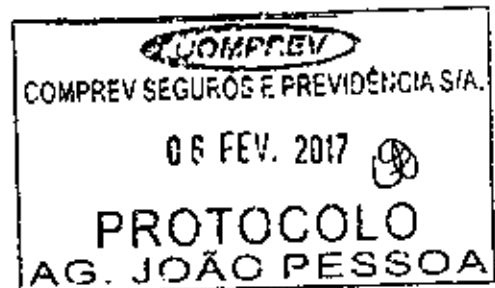
Michael Marques da Silva

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
 Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Subtabelião
 Rua Elza Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - João Pessoa - Paraíba - CEP: 55030-000 / 3339-1200

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)(s) de
JOSEIVALDO LINO DA SILVA
 Em test. da verdade. João Pessoa - PB: 12/01/2017 15:55
 Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
 2017-092037 JEROL:R4 49,23 FAPEN:R4 0,27 FEPI:R4 1,07
 SELO DIGITAL: AEM05566-YVID

Confira a autenticidade em <https://selooficial.tjpb.jus>



FEITURA 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: 879712 Atd: Nao Regulado
Data: 23/08/2016
Hora: 18:53:00
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: *Clínica Ortopédica*

DADOS DO PACIENTE

Nome: MICHAEL MARCOS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.08.002007

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 88302238

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/1998 Id: 18 ano(s)

End.: PACIENTE SEM DOCUMENTOS

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: JOSIVALDO LIMA DA SILVA

Mae: MARLIMARCKES DE LIMA

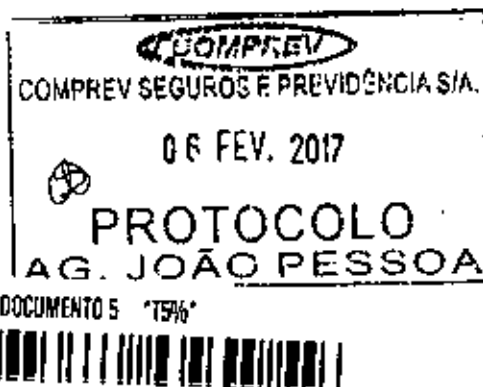
Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE RESPONSAVL

Tel./Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VARZEA NOVA



Transporte utilizado: VEJO DE VEICULO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO PROX A GRANJA PANTANAL

Vitima de violencia por: HJ AS 17/ HS CONDUTOR DA MOTO EM M COMPLETO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Fratura suspeita em HFE.

322162

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
COM D.E. E FURMADO EM R.E. E*

Diagnostico

Conduta

rx de hfe de p. (A) (Rx)

Prescrição

Horario da medicacao

Fratura p. (A)

20/08/2016

Dr. Paulo

Paulo

21/08/2016

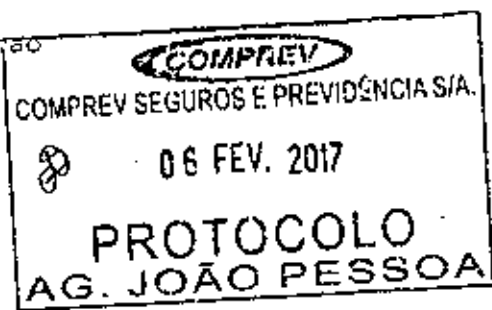
Ch

05.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução



| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DISTRITO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

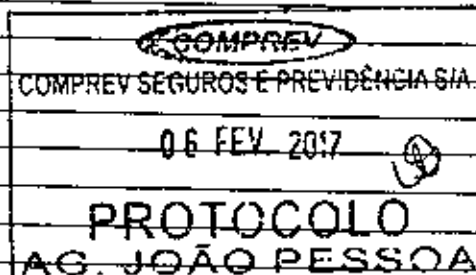


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Michael Marcos do Silva Data da Admissão: 23/08/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: Dr. Wilton de Oliveira

HDA: Exumada com logo de Rê



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

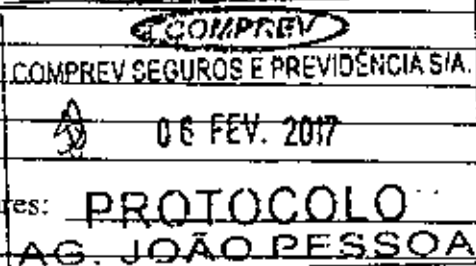
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura da tíbia da perna esquerdaConduta: Encaminhado ao Centro Cirúrgicopara a realização da cirurgiacom o uso de fixador

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>MICHAEL MONTEZ</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>23.01</u>	Cirurgião: <u>Dr. Renato</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <u>RSD</u>		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<u>Fratura Fechada de T.F.</u>	
<u>Supra</u>	
<u>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</u>	
<u>06-FEV. 2017</u>	
<u>PROTOCOLO</u>	
<u>AG. JOAO PESSOA</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>Fratura Fechada de T.F.</u>	
<u>+</u>	
<u>Lesão extensa de pontos</u>	
<u>moles com perda de</u>	
<u>substância</u>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<u>Limpes e Amputa</u>	
<u>+</u>	
<u>Desbridamento</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim	Descreva:
	2 (x) Não	
Biópsia de Congelação:	1 () Sim	
	2 (x) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Despesa + Pint. local
2. Anestesia de superfície estômago
3. Uterus e anexos com
SIO, 94. (a)

Incisão:

1. Desbundamento
2. Sutura da pele
3. Curativo local

Achados:

Conduta:

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05-FEV. 2017

OBS:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 23/08/20

MÉDICO/CRM

DOCUMENTO 6 "T69"



COMPREVA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

08 FEV 2017

PROTOCOLO

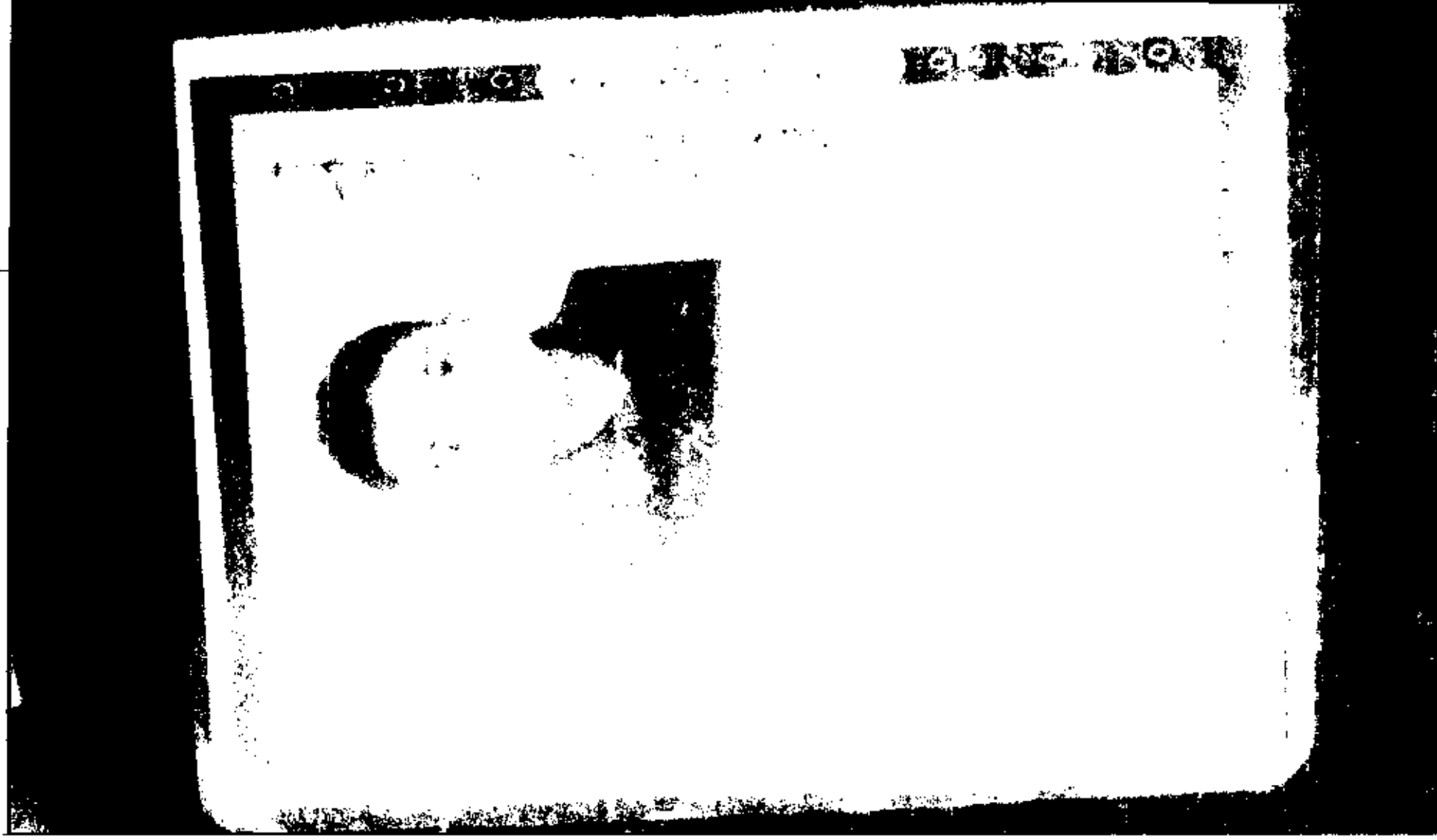
AGUADAO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19

SOA



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017



PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

DOCUMENTO 3 *T3*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
FUNÇÃO PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO
FÓRUM NACIONAL DE TRABALHO

HELENE FERNANDES LEITE

405309713

056.204.994-05 **16/03/1986**

HELENE FERNANDES LEITE

13/06/2016 **10/08/2016**

405309713

20/06/2016

405309713

405309713

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

3

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALSUD KAY TAPU
O TENDUTUO NACIONAL
405309713

405309713
 PRODUCT CLASSIFICATION

DOCUMENTO 7 "796"



COMPTEV

GUROS E PREVIDENCIA S/A

06 FEV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

013447116890

013447116890

00000000000000000000

6

0000

00000000000000000000

00000000000000000000

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

013447116890

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091252 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2016 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

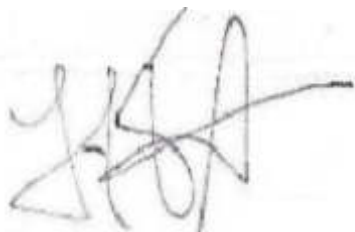
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091252 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2016 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta retração cicatricial no dorso do pé esquerdo, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com limpeza e desbridamento do ferimento e colocação de tala gessada, resultados insatisfatórios.
Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PROVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2016

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE

NOME Michael Marques da Silva
 NACIONALIDADE brasileira EST. CIV solteiro
 RG 4 108 722 CPF 703682974-54
 ENDEREÇO Rua Josefa Maria Costa, 40
Loteamento Boa Vista, varzea nova
Santa Rita, Paraíba CEP 58300970

OUTORGADO

BEATRIZ FERNANDES LESTE, BRASILEIRA, SOLTEIRA, PORTADORA DO RG 003189239 E CPF 056204994-05, COM ENDEREÇO NA RUA CEL BENVENUTO GONCALVES, 280, MANGABEIRA, JOAO PESSOA. CEP 58056020.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURACAO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER, REFERENTE AO SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT.

JOAO PESSOA 17 DE dezembro DE 2016.

 CARTÓRIO
 JOSE ALVES BATISTA

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a assinatura de:

MICHAEL MARQUES DA SILVA

Ex test. da verdade: João Pessoa - 17/12/2016 - 10:00:00

Joselio Alves Batista - ESCRIVÃO JURADO

(2016-043320)ENUL:R4 08:49 FARENHE: 0,25 PERCENT

SELO DIGITAL: ADT47799-1191

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpi.br>

