

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, INSCRITO NO RG N° 12.312.956-1 E CPF 057.622.087-61, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140, BAIRRO CASTELO BRANCO, JOÃO PESSOA-PB, CEP: 58050-320.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 11 de

12 de 2019.


OUTORGANTE

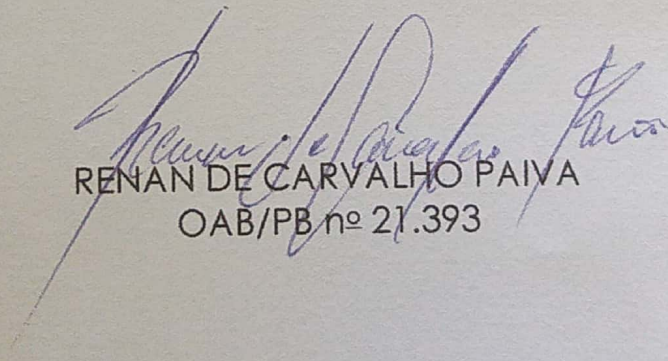
☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço **COM** reserva de poderes que me foram conferidos por Vitor Tadeu Coimbra Bonacina, portador do CPF 057.622.087-61 e RG: 12.312.956-1 SSP/RJ, ao advogado **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob nº 19.339, com escritório cito na Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo/PB, CEP: 58.310-000, a fim de que ele possa exercer quaisquer atos administrativos e processuais em favor do(a) contratante.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2020.


RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB nº 21.393



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0249

Polegar Direito



V. Tadeu Coimbra Conceição

ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 12.312.956-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2014

NOME VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO CLEÓBULO VITOR DA CONCEIÇÃO FILHO

ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 11/12/1985

DOC. ORDEM C. NASC LIV 871 FLS 290V TERM 92479 C 008

RIO DE JANEIRO RJ

CPE

001 2 Via

FERNANDO AVELINO B. VIEIRA

PRESIDENTE DO DETRAN-RJ

DATA: 14/007.330-7

0249

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

057.622.087-61

Nome

VITOR TÁTEU COIMBRA CONCEIÇÃO

Nascimento

11/2/1945



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014666336822

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD REN/DAT 20190000254707 Exercício

1 0119494966-2 00/00000000 2019

VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO



05762208761

QSH9675/PB

NOVO PB

99KPKCK7LNM101709

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

5ASOLINA

JTZ/CHOPPER RL

2018 2019

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 14/06/2019

1º 2º 3º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2: 3:

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO P A G O 14/06/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA -PB

14/06/2019

9999999

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666336822 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

05762208761

QSH9675/PB

01194949662

JTZ/CHOPPER RL

2018

99KPKCK7LNM101709

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

7003781-1940062-20190614

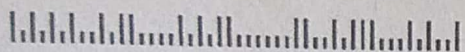
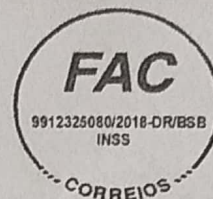
14/06/2019





PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

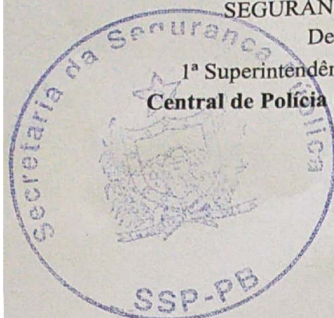


VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO
COMANDANTE MATOS CARDOSO 140 CASA
CASTELO BRANCO
JOAO PESSOA - PB
58050.120



5013196987419990000000845630161019





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02460.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02460.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:19 horas do dia 05 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Vitor Tadeu Coimbra Conceição**, CPF nº 057.622.087-61, RG nº 123129561 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Rosane Fatima Coimbra da Conceição e Cleobolo Vitor da Conceição Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 11/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comandante Matos Cardoso, Nº 140, complemento Casa, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro Espirita Nosso Lar, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99933-2500.

Dados do(s) Fatos:


Local: Em Frente Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/09/19 00:11h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

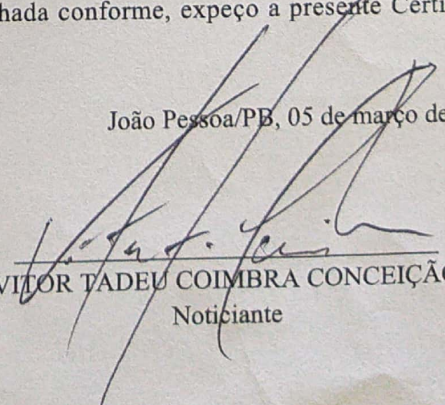
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o seu veículo, uma motocicleta, JTZ/CHOPPER RL ano/mod. 2018/2019, Cor: Vermelha, PLACA: QSH9675/PB, Chassi: 99KPC7LKKM101709, na Av. Pedro II, sentido Torre/Castelo Branco, quando foi efetuar uma ultrapassagem pela esquerda foi surpreendido por outro veículo, que estava em sua frente não dando tempo do noticiante evitar uma colisão, vindo a cair ao solo, que logo após foi conduzido pelo SAMU, até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado, com Fratura da Extremidade Superior do úmero Esquerdo - CID: 10 S 42.2 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira - CRM: 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO
Noticiante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO
DADOS DE NASCIMENTO 11/12/85
NOME DA MÃE ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.188.232
Nº PRONTUÁRIO 117.921
DATA DO ATENDIMENTO 06/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 00:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E
CID 10 S 42.2

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), encaminhada UPA 24h de João Pessoa-PB, apresentando trauma isolado no ombro E com dor e limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E
RX do ombro E - AP e Oblíquo

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero E à TC e RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico, mas optado por manipulação articular e tratamento conservador pelo Dr. Tammer Moraes e Dr. Teófilo Vanomark da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19
DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Vitor Tadeu Combe Lencina BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 27/09/2019
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Manipulação articular
 Cirurgião: Tammar Magno 1º Assistente: Teofil. Viana
 2º Assistente: João Paul. (RMS) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do úmero proximal (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manipulação articular</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tammar Gomes de Morais
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 8104

João Pessoa, 27/09/2019

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH

Incisão:

Achados:

Paciente com o diagnóstico de fratura do fêmur proximal (E) há mais ou menos 22 dias. Sem queixa de dor no momento com tipica.

Conduta:

Redução, fixação, artroscopia do ombro (E); observada fratura com intermédio de imagens; observado fratura minimal deslocada já com aspecto de consolidação.

Atrofia do deltóide devido desuso; ponto/pacote sobre o quadril; manter tipica, incisa postecamente de 3-4 centímetros.

Fechamento:

Observação:

Dr. Tammer Gomes de Mores
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8104

João Pessoa, 27/09/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/04/2020 11:58:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041411580388600000028698495>

Número do documento: 20041411580388600000028698495

Num. 29832423 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
057.622.087-61 VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO 6 - CPF: 057.622.087-61
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA COMANDANTE MATOS CARLOS 9 - Número: 120 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CASTELO BRANCO 12 - Cidade: SÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58050-120
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (083)98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1619 5

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 44.306 9

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital na vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Pessoa, PB, 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111053

Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001619-5

Conta: 0000044306-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

