

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180002517**

Vitima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **23/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180002517**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12171360



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180002517**
Vitima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180002517**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Sinistro: **3180002517**

Vítima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **23/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180002517** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839643

A/C: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180002517
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 000001359-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12.5% de 50%) 6,25%

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 204 ou 0800 731203 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de emitir o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 930195214-91 Nome completo da vítima: Marcos A. Ferreira dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Marcos Antonio Ferreira dos Santos CPF Titular da conta: 930195214-91 Profissão: Paulista
Endereço: Rua Id. Poty Número: 207 Complemento: _____
Bairro: Detizeiro Cidade: João Pessoa Estado: Paraíba CEP: 58088510
Email: _____ Insc. no CPF: 32330725

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1033 JIV: _____ CONTA: 1359 DIG: 0
(Informar dígito se existir) (Informar agência se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
BANCO: _____
AGÊNCIA: _____
CONTA: _____
DÍGITO: _____

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017

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

João Pessoa 25 de Outubro de 2017
Local e Data

Marcos Antonio Ferreira dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSE AMERJ

DATA: 15/09/2017

HORA: 14:43:22

TERMINAL: 1003

MSL: 000000

AUT.: 0112

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.COC : 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1031/013/00 aut 359-0

NOME: MARCOS ANTONIO F DOS SANTOS

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

~~1000~~

VALOR DINHEIRO:

~~1000~~

Informacoes, reclamacoes, duvidas e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Cuidados da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Je Via - Via Cliente

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01466.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01466.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:36 horas do dia 16 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Marcos Antonio Ferreira dos Santos**, CPF nº 930.195.214-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina Ferreira dos Santos e Manoel Evaristo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/12/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Índio Poty, Nº 207, complemento casa, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Bar do Flamengo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 03233-0725.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Outros, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/04/17 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

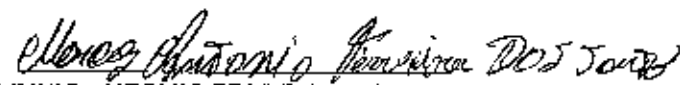
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS DE COR AMARELA ANO 2009, DE PLACA NQC-6490-PB, CHASSI Nº 9C2KD04309R020186. EM NOME DE MARIA JOSÉ IRENE DA C. ALCANTARA, QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRO MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 27/07/2017.

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 fê.

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
Noticiante

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcelo Antonio Ferreira dos Santos

CPF da Vítima

930195214-91

Data do Acidente

23.04.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícia com valor superior a 50 (cinquenta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 25 de outubro de 2017

Local e Data

Marcelo Antonio Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 801/061, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1675100, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS** idade 46 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 23/04/2017, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 20:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SINCOR/PB
11 ABR. 2018

João Pessoa, 17 de Janeiro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

ASL 0483101/17

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: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000001359-0

Nr. da Autenticação 89CEDB35D8C73576



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcos Antonio Ferreira dos Santos

RG nº 1563418, data de expedição 08/10/19, Órgão SSP/PB,

CPF nº 930195214-91, 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:

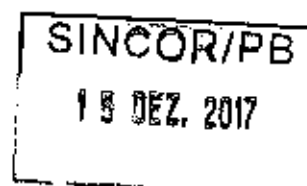
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Id Poty</u>
Número	<u>Nº 207</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Citizéiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58088-810</u>
Telefone de Contato	<u>3233 0725</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: A. Pessoa 24-08-2017

Assinatura do Declarante:

Marcos Antonio Ferreira dos Santos



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRÍCULA**

485110

REFERÊNCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOSSEVERINA FERREIRA DOS SANTOS
RUA ID POTY 207

OITIZEIRO

58088-510

JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Reserva	Comunidade	Reserva	Paga	
001.16.040.0204	0	1	0	0	0	80889786
Hidrômetro A(7)524813	Data de Instalação 18/06/2007		Localização 5	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
3280	3295	15	31	10/06/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
NOV/2016	5	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
DEZ/2016	19	0	COL.TOTAIS	294 291 291
JAN/2017	299	0	COL.TERMOT	0 0 0
FEV/2017	308	0	CLORO	294 291 291
MAR/2017	111	32	TURBIDEZ	294 291 290
ABR/2017	114	0	COR	77 113 113
LEITURA	143	DADOS REFERENTES A: MAR/2017		

DATA DA LEITURA: 12/05/2017

HORA DA LEITURA: 11:38:44

Prezado usuário

A sua conta mensal ficou retida por apresentar anormalidade de

consumo.

Aguarde análise técnica e com base no resultado será entregue a

segunda via da conta.

Total a Pagar:

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017CONFIRMAÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONFIRMAÇÃO DO FATURAMENTO: R TIPO DE TARIFA: NORMAL
ANORMALIDADE DE CONSUMO: BAIXO CONSUMOPOSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES):
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art.3 da lei 12.007/2009, informamos que não há pendência ou fatura vencida para esta matrícula.
Esta declaração substitui a comprovação das faturas pagas com vencimento até 31/12/2016.**CAGEPA**
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA**MATRÍCULA****TOTAL A PAGAR**



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA JOSÉ IRENE DA CONCEIÇÃO ALCANTARA,

RG nº 2.039.297, data de expedição / /,

Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 021.243.064.56, com:

domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA INDIO POTI, nº 193,

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 MARCO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era

MARCO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Veículo: MOTO HONDA NXR-150 2ROS KS

Modelo: 2009

Ano: 2009

Placa: NQE 6490 PB

Chassi: AC2KD 04309 R020186

Data do Acidente: 23.04.17

Local e Data: João Pessoa, 05/09/17

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

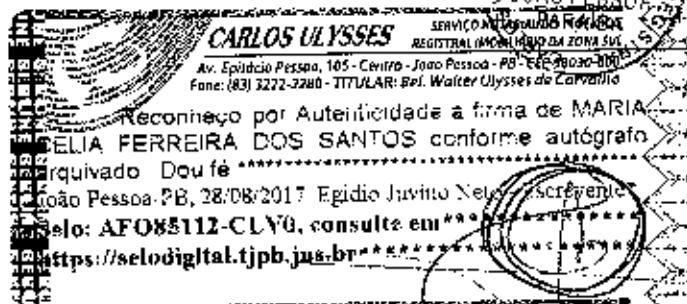
Maria Célia Ferreira dos Santos
(Assinatura do Declarante)

)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima, redamante ou sinistro)

)

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 995784 e PRONTUÁRIO nº 101693

PACIENTE: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 11.12.71

Data e Hora do Atendimento: 23.04.17

Horário: 20:40h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE, otorragia no ouvido direito, dor torácica, trauma de face, dor no membro inferior direito. Atendido pelo Dr. Gustavo Cartaxo Patriota CRM 6800, Dr. Alexandre Barros Silva CRM 4988, Dr. Flavio P. Ribeiro CRM 6453, Dr. Victor Linhares CRM 8184.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO LEVE + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL POSTERIOR + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO
CID 10 S 06 9, S 82 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Rx do joelho direito AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical e tratamento cirúrgico em 15.05.17 com redução e fixação de fratura do platô tibial direito.

ALTA HOSPITALAR: 15.04.17

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

DR. GLENNER TERCIO TRINDADE
MÉDICO AUDITOR - HETSHL
CRM - 3920

Data da Emissão: 27.07.17

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

[illegible]

15 DEZ. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013027508708
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0018257367-2 000000000000 2016

MARIA JOSE IRENE DA C. ALCANTARA

02124306456

NOC6490/PB

NOVO PB 9C2KD04309R020186

PAS/MOTOCICLE/NAC-APLIC. GASOLINA

HONDA/NXR150 PROS RS 2009

2 P/149 /CI PARTIC ANARELA

0000000000 1

FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 0 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 28/03/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA PB

DATA 31/03/2017
876682

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

PB Nº 013027508708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU
PARA MAIS
AS CONDIÇÕES



www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 31/03/2017

VIA: 02124306456 PLACA: NOC6490

RENAVAMA: 0018257367-2 MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 PROS RS

ANO FAB: 2009 ANO MOD: 9 CHASSI: 9C2KD04309R020186

PRÊMIO TARIFÁRIO

SNS (RS) DENATRAN (RS) CUSTO DO SEGURO II
***** *****

CUSTO DO BILHETE (RS) OF (RS) COTA UNICA PARCELADO
***** SEGURO P A G O 28/03/2017

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

876682-1357098-20170331

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002517 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia. Faz uso de medicação (Rivotril) à noite, com receita do mês de fevereiro. Teve otorragia no trauma.

Resultados terapêuticos: 16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatório.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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.

Número do Sinistro: **3180002517**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Jd Poty, 207 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-510

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **7563418**

Data e local do acidente: [**23/04/2017**] **João Pessoa PB**

Data e local do exame: [**10/05/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatorio .

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia Faz uso de medicação (Rivotril) a noite, com receita do mês de fevereiro . Teve otorragia no trauma

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ouvindo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



MONTEIRO DA FRANCA

Serviço Notarial - 5º

DAMÁSIO FRANCA JÚNIOR Tabelião
HERÓFILO Tabelião



LIVRO: 509
FOLHA: 047
2º Traslado

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

Sequência à Paraíba desde 1822

Eutros

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
MARIA JOSE IRENE DA CONCEIÇÃO ALCANTARA,
na forma abaixo:

SAIBAM quantos virem este **Público Instrumento de Procuração** que aos quatorze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e onze, nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, **DAMÁSIO FRANCA JÚNIOR - Tabelião Público do 5º Ofício de Notas**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) MARIA JOSE IRENE DA CONCEIÇÃO ALCANTARA, brasileira, viúva, segurança, portadora do RG nº 2.039.297 2º via SSDS/PB e do CPF nº 021.243.064-56, residente e domiciliada na Rua Índio Poti, nº 193, Bairro dos Novais, nesta capital, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário, por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es) MARIA CELIA FERREIRA DOS SANTOS, brasileira, casada, do lar, portadora do RG nº 1.389.491 SSP/PB e do CPF nº 798.599.254-53, residente e domiciliada na Rua Sá e Souza, nº 1031, Apto 301, Boa Viagem, Recife/PE, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para representar(em) o(s) OUTORGANTE(S) perante o Departamento Estadual de Trânsito do Estado da Paraíba, STTRANS, PM/PB, Delegacia de Roubos e Furtos, especialmente para transferir para seu nome ou de quem indicar, o veículo de marca/modelo **HONDA/NXR150 BROS KS**, placa **NQC6490/PB**, ano de fabricação **2009**, modelo **2009**, chassi **9C2KD01309R020186**, podendo dar entrada em documentos, pagar guias, taxas, IPVA, seguro obrigatório, formulários e o que for preciso, fazer vistorias, emplacamentos, renovações, tirar 2º via de quaisquer documentos, podendo, para tanto, praticar os atos que se fizerem necessários ao cumprimento deste mandato, assinando requerimentos e recibos de transferência, independentemente de prestação de contas, vez que o(s) OUTORGADO(S) já pagou(ram) o preço por quanto adquiriu(ram) o referido bem no momento em que este lhe foi entregue e tudo mais praticar para o inteiro e fiel cumprimento deste mandato, podendo finalmente substabelecer este Instrumento. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que, responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim o disse(ram) do que dou fé, e me pediu(ram) e eu lhe(s) lavrei este Instrumento que, sendo-lhe(s) lido, aceitou(ram) e assinou(ram), sendo dispensada a presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. 1º do Provimento Nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, **Thaís Barros Mayer Gomes** (*Thaís*), Escrevente Autorizada, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **DAMÁSIO FRANCA JÚNIOR - Tabelião Público do 5º Ofício de Notas**, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. *Thaís***

Em testemunho (*Thaís*) da verdade

Thaís B.M. Gomes

O Tabelião Público do 5º Ofício

Thaís Barros Mayer Gomes
Escrevente Autorizada



MONTEIRO DA FRANCA

Serviço Notarial - 5º Ofício

DAMÁSIO FRANCA JÚNIOR

Tabelião

HERÓFILO MACIEL FRANCA

Tabelião Substituto

Av. Epitácio Pessoa, 416 - Torre - Fone: (83) 3244-8000
JOÃO PESSOA - PB

EMOLUMENTOS: R\$ 60,87 FEPI: R\$ 1,83 FARFEN: R\$ 3,30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002517 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO E TRAUMA EM FACE E TÓRAX

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002517 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia Faz uso de medicação (Rivotril) a noite, com receita do mês de fevereiro . Teve otorragia no trauma

Resultados terapêuticos: 16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatorio .

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: