

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **THIAGO BARRETO VIANA**
Nº Sinistro: **3180004432**
Vitima: **THIAGO BARRETO VIANA**
Data do Acidente: **07/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004432**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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

Carta nº 12172185



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **THIAGO BARRETO VIANA**

Nº Sinistro: **3180004432**

Vitima: **THIAGO BARRETO VIANA**

Data do Acidente: **07/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004432**.

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 12173088



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **THIAGO BARRETO VIANA**

Sinistro: **3180004432**
Vítima: **THIAGO BARRETO VIANA**
Data do Acidente: **07/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

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 3180004432** 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, 10 de Abril de 2018

Carta nº: 12636558

A/C: THIAGO BARRETO VIANA

Nº Sinistro: 3180004432
Vítima: THIAGO BARRETO VIANA
Data do Acidente: 07/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

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: **THIAGO BARRETO VIANA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000061921-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo THIAGO BARRETO VIANA		CPF titular da conta 060.938.384-13	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA SEVERINO GOMES SOUZA		Número	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade POMBAL	Estado PARAIBA	CEP 58840-000
Email		Telefone (DDD) (83) 99660-7073	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ REDUZIDO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.000,00 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): ☐ BRADECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO _____ Nome _____	
AGÊNCIA NRD 0732	DIV 5	AGÊNCIA NRD 00063821	DIV 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

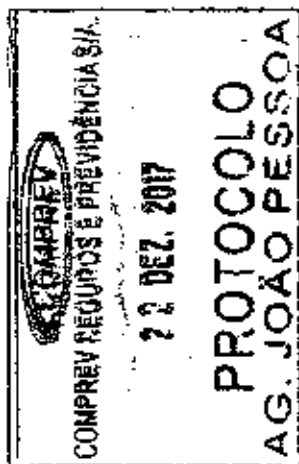
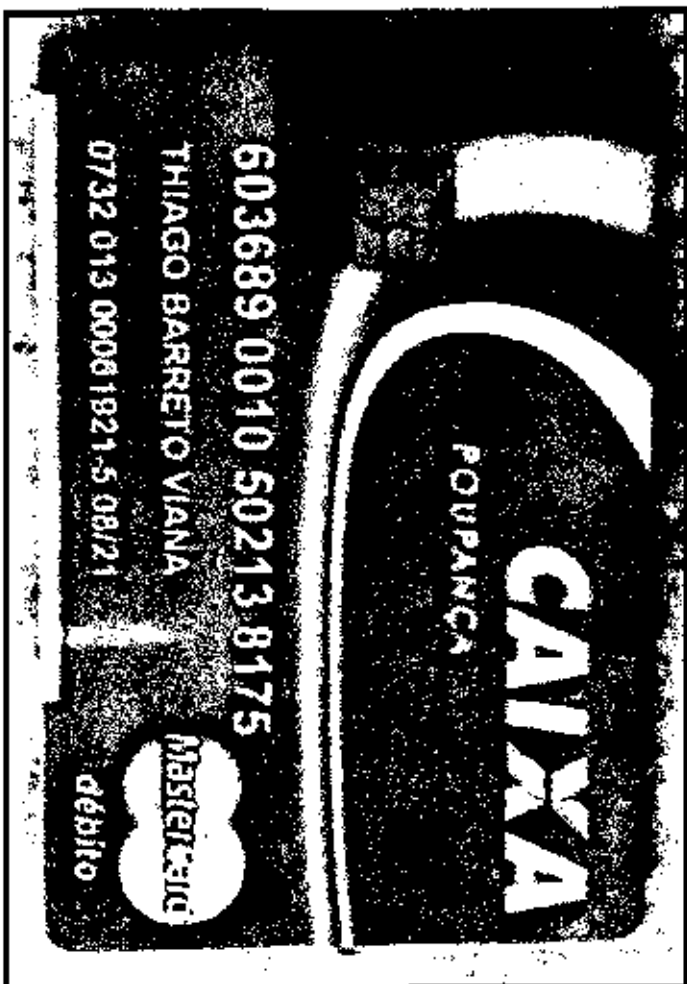
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 22 DEZ 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Pombal 23 de outubro de 2017
Local e Data

Thiago Barreto Viana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 243/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **07/12/2016** – Horário: **13h 40min**

Local do ocorrido: **BR 427, proximo ao Mercadinho de Bené, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **29/03/2017 – 17h 13min**

COMUNICANTE: **Thiago Barreto Viana**, alcunha //; **Filiação:** Mario Sergio Viana da Silva e de Lucia da Fatima Barreto Viana; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** Brasileiro; **Data de Nascimento:** 30/11/1991; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, sn, Nova Vida III, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone //**; **Portador da CI/RG nº:** 003012312 - SSP/RN.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo moto Honda Biz 125 ES, placa NPR 3802/PB, NIV 9C2JC4820CR291847, cor vermelha, ano 2012/2012, licenciado (a) em nome de Luzia de Sousa Costa, quando caiu ao chão devido ao uma tontura; Que fora socorrido(a) por/pelo Corpo de Bombeiro e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): TCE; Que apresenta como testemunha deste fato: HARYSON SOUSA SANTO, residente no(a) Corpo de Bombeiro, Pombal e Luana Priscila do Nascimento Moreira, residente no(a) Corpo de Bombeiro, Pombal; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal - PB, 29 de março de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Alarico Lopes Rocha.

COMUNICANTE: Thiago Barreto Viana

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4

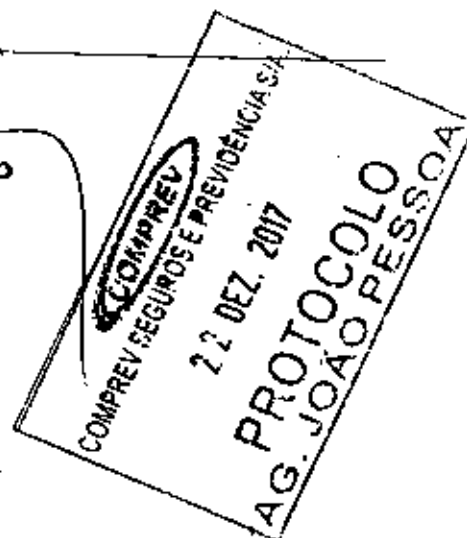
CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Tit.: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA

A presente fotocópia contém a original exibida nestas Notas. Dou fé.
POMBAL-Paraíba, 07/08/2017

Selo Digital de fiscalização Tipo Normal C-AFD33288-IJ64
Confira os dados do Selo em <https://sfdigital.tpb.jus.br>
[EM:27.70][FA:2.70][SS:1.38][T:3.04]

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabelião Pública
CPF: 675.687.694-53





CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3

VISTO
Everson Carlos da Cruz
Comandante BM - 3
Matrícula: 524.357-2

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 035/2016

Certificamos para os fins que se destina, que aproximadamente às 01h43min do dia 07 de dezembro do ano de dois mil e dezesseis, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender ocorrência de queda de moto, ocorrido na BR-427 – Nova Vida, próximo ao mercadinho do Bené, na cidade de Pombal.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 01h41min#####

RELATO DO EVENTO: Ao chegar ao local solicitado, a Guarnição constatou que a vítima THIAGO BARRETO VIANA, 23 anos, encontrava-se inconsciente e com um grande corte na parte anterossuperior da cabeça. Foi realizada a estabilização da vítima e logo em seguida foi transportada para o Hospital Regional de Pombal, ficando aos cuidados do médico plantonista.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE#####

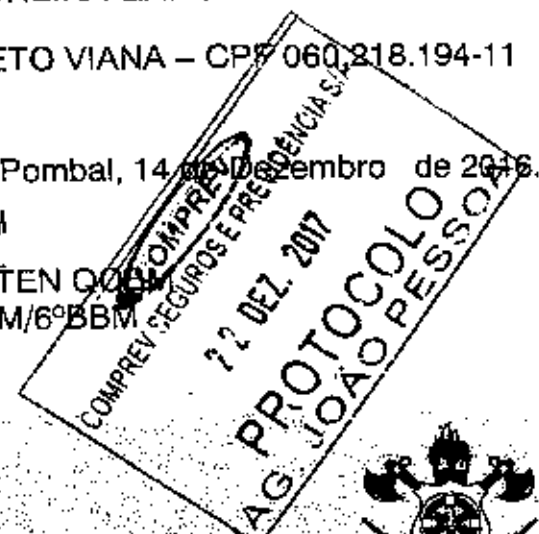
VITIMA: THIAGO BARRETO VIANA, 23 anos #####

- 1. SOCORRISTAS:** SD 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS
SD 527.413-3 LUANA PRISCILA DO NASCIMENTO MOREIRA
SD 526.067-1 DAVSON MOREIRA GARCIA

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: THIAGO BARRETO VIANA – CPF 060.218.194-11

Pombal, 14 de dezembro de 2016.

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM
Matr. 525.954-1
Jardel Alves Leite – 1º TEN QOBM
Chefe da B3 da 2ªCBM/6ºBBM



GOVERNO
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn. Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 243/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **07/12/2016** – Horário: **13h 40min**

Local do ocorrido: **BR 427, proximo ao Mercadinho de Bené, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **29/03/2017 – 17h 13min**

COMUNICANTE: **Thiago Barreto Viana**, alcunha //; **Filiação:** Mario Sergio Viana da Silva e de Lucia da Fatima Barreto Viana; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** Brasileiro; **Data de Nascimento:** 30/11/1991; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, sn, Nova Vida III, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone //**; **Portador da CI/RG nº:** 003012312 – SSP/RN.

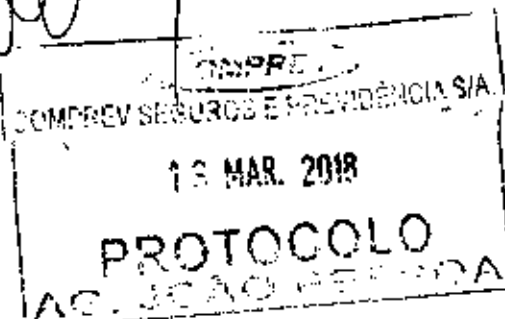
HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo moto Honda Biz 125 ES, placa NPR 3802/PB, NIV 9C2JC4820CR291847, cor vermelha, ano 2012/2012, licenciado (a) em nome de Luzia de Sousa Costa, quando caiu ao chão devido ao uma tontura; Que fora socorrido(a) por/pelo Corpo de Bombeiro e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): TCE; Que apresenta como testemunha deste fato: HARYSON SOUSA SANTO, residente no(a) Corpo de Bombeiro, Pombal e Luana Priscila do Nascimento Moreita, residente no(a) Corpo de Bombeiro, Pombal; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 29 de março de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Alarico Lopes Rocha.

COMUNICANTE: Thiago Barreto Viana

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn. Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

GOVERNO DA PARAIBA
PROLEGACIA DISTRITAL
PROCURADORIA CIVIL DE POMBAI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 112/2018Versando sobre: **ADITAMENTO**

Data do fato: - Horário: **h** **min**

Local do ocorrido:

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **01/02/2018 - 10h 09min**

COMUNICANTE: THIAGO BARRETO , brasileiro, estado civil solteiro, natural de Pombal/PB, filho de Mario Sergio Viana da Silva e de Lucia de Fatima Barreto Viana, nascido em 30/11/1991, profissão agricultor, residente Rua Severino Gomes Souto, sn, Nova Vida III, Pombal/PB RG 003012312 SSP/PB, CPF: .

HISTÓRICO: Que, afirma o comunicante que tem a acrescentar ao BO 243/2017/1ºDD, que versa sobre acidente de trânsito, que não tem contato com a pessoa de LUZIA DE SOUSA COSTA, proprietária formal do veículo Honda Biz, 125, placa NPR 3802/PB; Que, vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 01 de FEVEREIRO de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. ANDERSON FONTES CAMPOS.

COMUNICANTE: Thiago Barreto Viana

ESCRIVÃO:

GOVERNO DA PARAIBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLICIA CIVIL DE POMBAI
OS. 1ª 52ª OD

Heromar P. Trigueiros
Escrivão de Polícia
Mat.: 155579-4

13 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Thiago Barreto Viana, portador da carteira de identidade nº 003.032.332 e inscrito no CPF/MF sob o nº 060.238.382-33 residente e domiciliado na Rua Seresime Gomes Souto, 308 Cidade Pombal Estado Pernambuco, 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:

☒ (X) 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

☐ () 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.

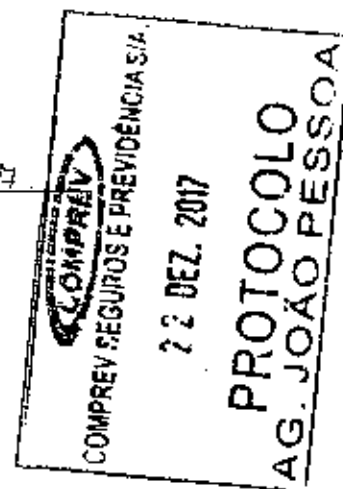
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Thiago Barreto Viana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pombal, 23 de outubro de 2017

Local e data





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar

2ª Companhia de Bombeiro Militar - 6ºBBM
B-3



Comprovação de ato declaratório



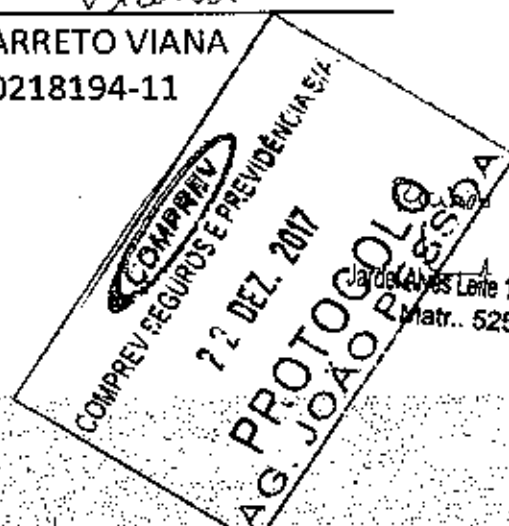
REQUERIMENTO

Eu, THIAGO BARRETO VIANA, portador do CPF 060218194-11, solicito desta instituição militar uma certidão de Ocorrência tipo QUEDA DE MOTO, na BR-427, próximo ao mercadinho do Bené na cidade de Pombal-PB, no dia 07/12/2016, por volta das 01h30min, vitimando o próprio solicitante.

Pombal, 14 de dezembro de 2016.

Thiago Barreto Viana

THIAGO BARRETO VIANA
CPF 060218194-11



14/12/16

8:13



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



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: 04/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

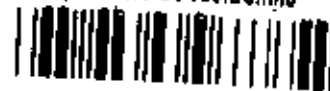
CLIENTE: THIAGO BARRETO VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000061921-5

Nr. da Autenticação 8A527DBA965D9E0A



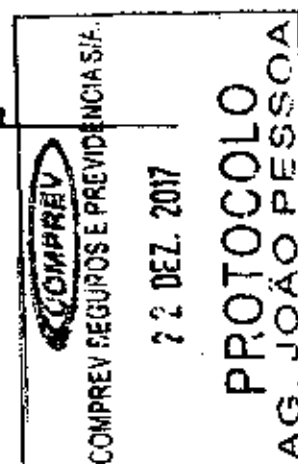
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thiago Barreto VianaRG nº 003.032.332, data de expedição 21/02/2017, Órgão SSP-RN

CPF nº 060.238.394-33, 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 Severino Gomes Santo</u>
Número	<u>308</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pombal</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>56820-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99660-7033</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pombal, 23 de outubro de 2017Assinatura do Declarante: Thiago Barreto Viana

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Só para simplificar pagamento de não fiscalizados de energia elétrica - N° 000.109.220

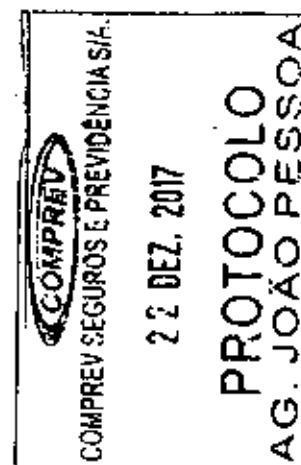


ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Industrial - João Pinheiro / PR - CEP 55011-080
CNPJ 09.095.189 / 0001-40 - Ins. En. 15.015.573-0

DADOS DO CLIENTE BENELIA SANTANA BARRETO RUA SEVERINO GOMES SOUTO 108 POMBAL		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/613175-9		
REFERÊNCIA SET/2017	APRESENTAÇÃO 05/09/2017	CONSUMO 343	VENCIMENTO 01/10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 216,90

Acesse: www.energisa.com.br

	DESTINATÁRIO	BENELIA SANTANA BARRETO
	Telefone: 02-327-025-2440	CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/09/2017
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	SERIALIZAÇÃO
01/10/2017	R\$ 216,90	513175-2017-09-2





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thyago Gleydson Leite Carneiro,RG nº 036334, data de expedição 02/09/2011, Órgão 0AB-PB,

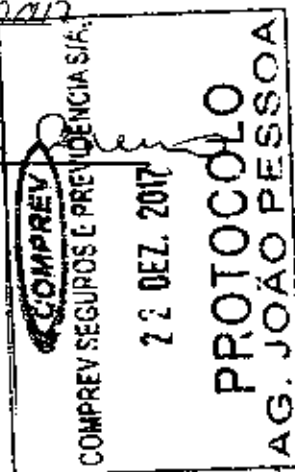
CPF nº 054.62.794.00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Coronel João Carneiro</u>
Número	<u>311</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Pombal</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58840000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99660-7071</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pombal, 19 de outubro de 2017

Assinatura do Declarante:

Thyago Gleydson Leite Carneiro

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é considerado via de cobrança.

Requisito para ter a preferência na contratação da energia elétrica: Nº 000.445.839



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, Km 20 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-490
CNPJ 09.093.183 / 0001-00 Insc. Est. 18.015.879-0

DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

REFERÊNCIA

OUT/2017

APRESENTAÇÃO

11/10/2017

CONSUMO

179

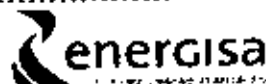
VENCIMENTO

19/10/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,45

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINATÁRIO

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Telefone: 06-227-080-6100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/10/2017

VENCIMENTO

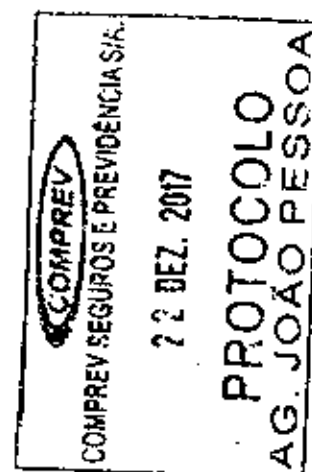
18/10/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,45

MATRÍCULA

1106327-2017-10-8





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago Gleyson Leit Barreira inscrito (a) no CPF 054.613.793-00 /
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO BARRETO VIANA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 060.216.194 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima
THIAGO BARRETO VIANA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.216.194 / 11, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

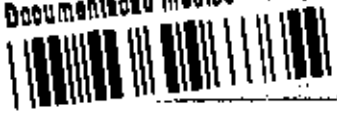
Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Coronel João Carneiro</u>		<u>S. N</u>	<u> </u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>centro</u>	<u>Pombal</u>	<u>PR</u>	<u>58.810-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>xthiagobarrera@x@</u>		<u>(83) 99660-7073</u>	<u>99825-2564</u>

Pombal, 19 de outubro de 2017
Local e Data

Thiago Gleyson Leit Barreira
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

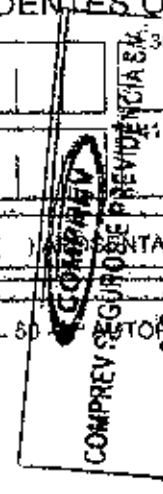
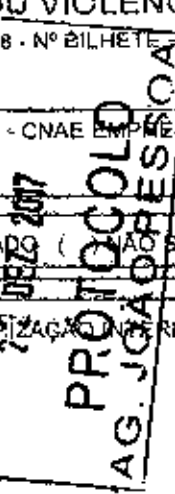
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
2 - CNES 2592568			Documentação médica - hospital 
Identificação do Paciente			
3 - NOME DO PACIENTE TIAGO BARRETO VIANA			
4 - PRONTUÁRIO 2.628	5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705-0078-5196-6885	6 - DATA DE NASCIMENTO 30/11/1991	7 - SEXO M
8 - RACA / COR PRETA		9 - NOME NA MÃE LUCIA DE FATIMA BARRETO VIANA	
10 - TELEFONE 3431 2149			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO SEVERINO GOMES SOUTO		13 - BAIRRO VIDA NOVA	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CDD 18GE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente com motocicleta com trauma leve em região frontal e fratura de fêmur.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Cirurgia Cirúrgica			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ausente traumas			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL TC e RX	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TC e RX		26 - COD PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA médica	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO () CNS () CPF	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHIMENTO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 () ACIDENTE TRÂNSITO	35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	37 - CNPJ SEGURADORA
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SE ENQUADRA			40 - CNPJ EMPRESA
38 - Nº BILHETE		39 - SÉRIE	42 - CBOP

AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	
48 - DATA AUTORIZAÇÃO		49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (33)3431-2149

Data/Hora 07/12/2016 15:54:48

Ocorrência: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.: 9638

Paciente **TIAGO BARRETO VIANA** Idade: 25 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **LUCIA DE FATIMA BARRETO VIANA**

Endereço

Cidade: **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **SEVERINO GOMES SOUTO**

N.: SN

Bairro: **VIDA NOVA I**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **705-0078-5196-6855**

Identidade:

CPE:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: **30/11/1991**

Cor: **PRETA**

Estado Civil: **NINF.**

Profissão: **ESTUDANTE**

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Paciente vítima de Acidente
com moto com furo no
de repetição.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame em fôco

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

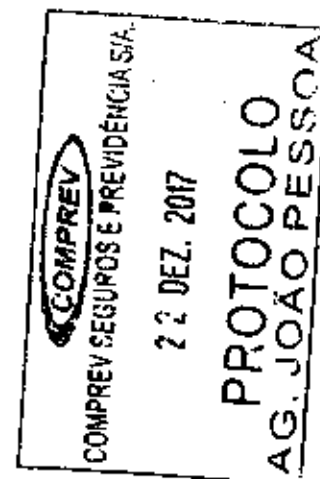
Diagnóstico:

TCE leve

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____

Recepcionista: **MARIA DA CONCEICAO**



Data do Exame: 14/12/2016

Marca/Modelo do Audiômetro: BetaMedical - BETA6000

Última calibração: 19/04/2016

Cliente: Thiago Barreto Viana

Sexo: Masculino Data de Nascimento: 30/11/1998 Idade: 18 anos e 0 meses

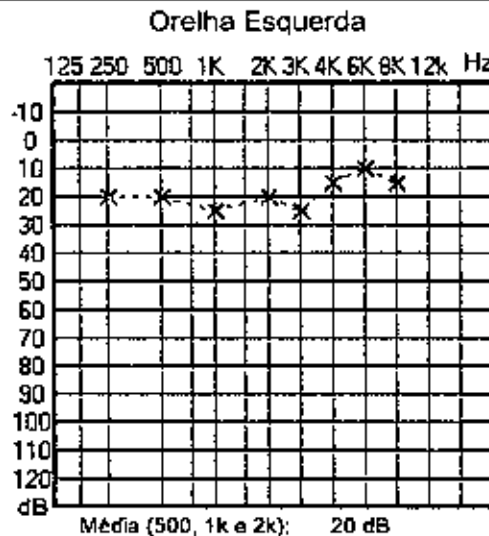
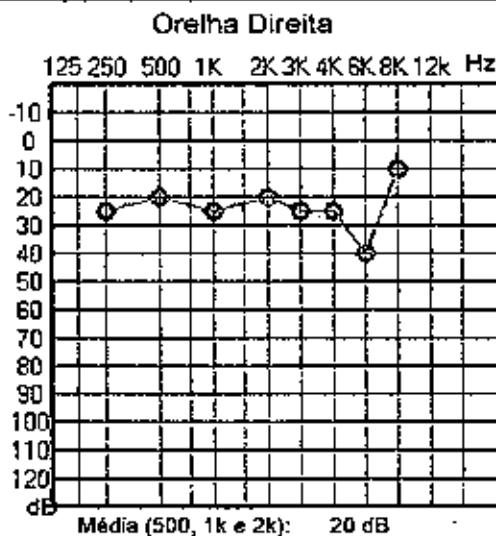
Atendimento: Particular

Fonoaudiólogo(a): Giuliano Queiroga

CRFa: 9952 PB

Motivo da Consulta: Diminuição auditiva

Avaliação Audiológica



Legenda

	Normal		Ausente	
	OD	OE	OD	OE
Via Aérea s/ masc.	○	×	◇	×
Via Aérea c/ masc.	△	□	◇	◇
Via Óssea s/ masc.	<	>	↓	↓
Via Óssea c/ masc.	┌	┐	└	└

SRT: 20 dB LDV: dB

I.P.R.F.

O.D.	60 dB	100 % Monossílabos
		% Dissílabos
O.E.	60 dB	100 % Monossílabos
		% Dissílabos

SRT: 20 dB LDV: dB

Mascaramento

O.D. V.A.	dB	V.O.	dB	Logo:	dB
O.E. V.A.	dB	V.O.	dB	Logo:	dB

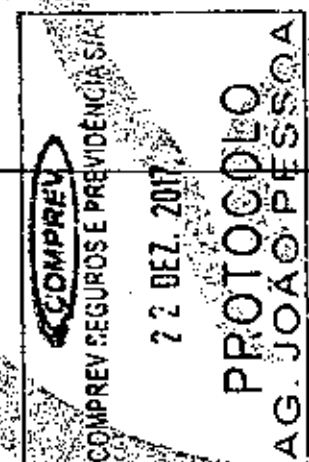
Parecer Audiológico

Parecer:

Limiares auditivos preservados bilateralmente, com entalhe na freq. de 6000Hz da OD.

Fonoaudiólogo(a): Giuliano Queiroga
CRFa: 9952 PB

Thiago Barreto Viana





Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Dr. Geraldo Amador A. Junior
CPF: 284.559.794-09
CRM 7331
CNS 1226678-1

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: 10/10/16

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 11/11

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Recuperação da Comunicação Oral • Testes da Orelha (AEOA) • Aparelhos Auditivos • Atendimento Clínico

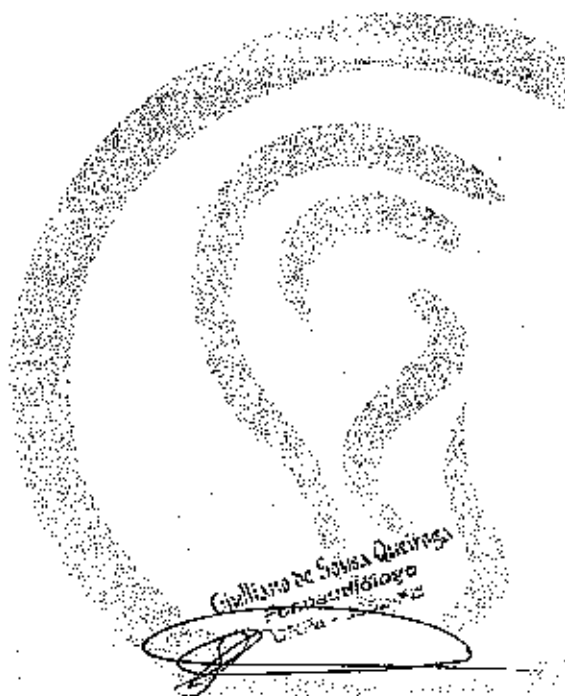
Nome: Thiago Barreto Viana

Solicito:

- Imitanciométrica

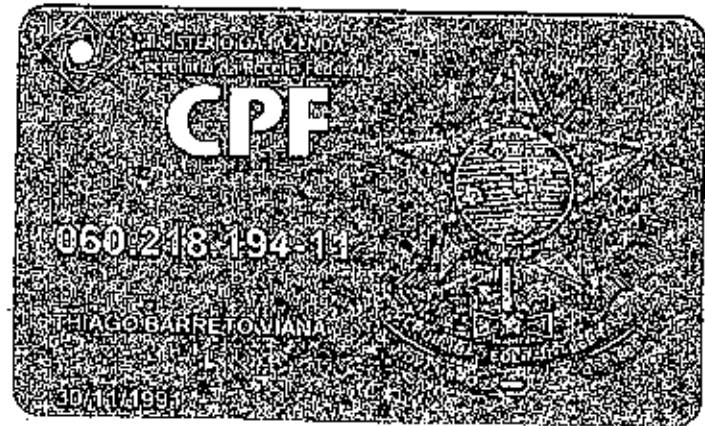
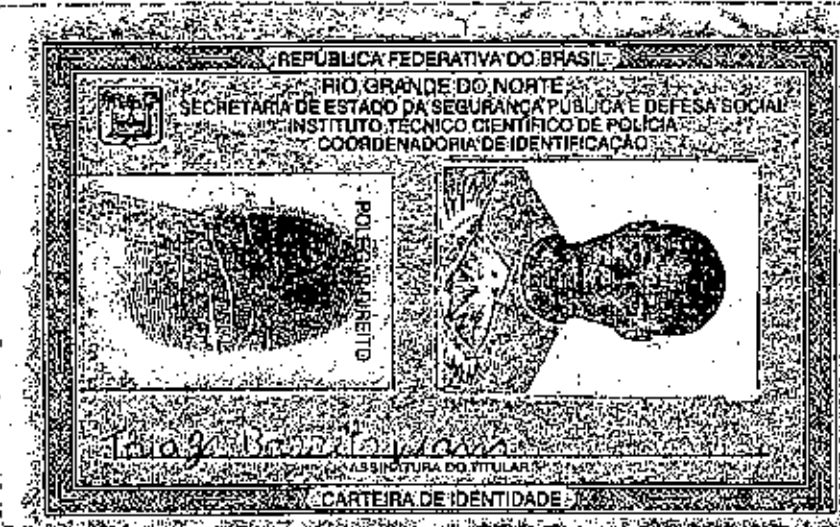
⇒ Plenitude aural

Data: 14 / 12 / 16



POMBA - PB, Rua Jerônimo Ruyter, 11 - Centro - CEP: 58313-431 - 20327-9926/721
SÃO PAULO - PB, Rua João Pessoa nº 135 - Centro - CEP: 58313-435

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ANTONIO DIAS DONALD LEME CARNEIRO

ANTONIO CARNEIRO DE ABRILADE
ADVOGADO EM EXERCÍCIO

POBONA

2.027.510 - 30/07/10

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00

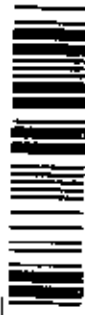
057.814.754-00



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



057.814.754-00

057.814.754-00

057.814.754-00



057.814.754-00

057.814.754-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETAM - PB Nº 012896842103
A - CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C - VIA - Nº 004530412896842103
R - Nº 004530412896842103
E - Nº 004530412896842103

0 - LUZTA DE SOUSA COSTA
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OUTRO SUACARGO - PESSOA
TRANSPORTADA - SEGURO DPVAT

PB Nº 012896842103 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 025 1205

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

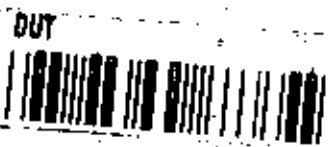
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488
0 - 03587381488

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREV

22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

PB Nº 012896842103 - BILHETE DE SEGURO PRIVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraldier.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
14/12/2016

VIA	CFE / CIMPJ	PLACA	REP/AVAN	MARCA / MODELO
1	03587381488		00453041280	HONDA / BIZ 125 ES
				NRK3802/PB

[illegible]

PRIS (R\$)	DEBITOS (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO SINISTRE (R\$)	DO SEGURO	DO SEGURO
*****	*****	*****

☐ SOTA ÚNICA		☐ PARCELADO		DATA DE QUITACÃO 14/12/2016
-------------------------------------	--	------------------------------------	--	--------------------------------

SEGUROADORA LÍDER - DRVAT

EMPJ 09 348 05000001-24

CONTIN.

15 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



But

PB Nº 012896842103 - BILHETE DE SEGURO PRIVAT

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

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 14/12/2016

VIA	CFE / CIMPJ	PLACA	REP/AVAN	MARCA / MODELO
1	03587381488		00453041280	HONDA / BIZ 125 ES
				NRK3802/PB

[illegible]

PIS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO SINISTRE (R\$)	IDF (R\$)	SEGURO
*****	*****	*****
TOTAL SEGURO DO SINISTRO R\$		
P A G O		

☐ SOTA ÚNICA		PAGAMENTO =		DATA DE QUITACÃO 14/12/2016	
☐ PARCELADO					

SEGURODORA LÍDER - DRVAT

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

EMPJ 09.748.0000001.04

14214-1050322-2016-1214

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004432

Cidade: Pombal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO BARRETO VIANA

Data do acidente: 07/12/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

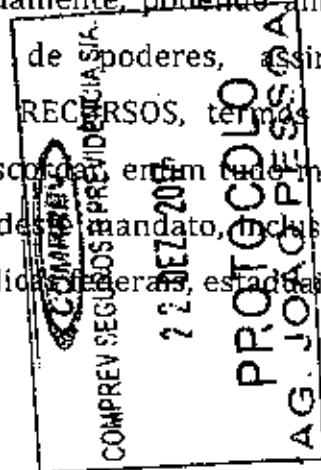
Outorgante: Thiago Barreto Viana

brasileiro

(a) solteiro, Agricultor, portador(a) da cédula de identidade sob nº 0030123.12 e do CPF sob nº 060.218.194-11, residente e domiciliado (a) Rua Severino Gomes Saito, Vida Nova, Pombal - Estado da Paraíba.

Outorgado: BEL. THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.314, Seccional da Paraíba, subseção Pombal, com endereço profissional na Rua Manoel Firmino, nº 29 CEP: 58.840.000, Centro da Cidade de Pombal, Estado da Paraíba.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula ad judícia - "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber ALVARÁ/ RPV e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, assinar DECLARAÇÃO DE HIPOSUFICIÊNCIA DE RECURSOS, termos de caução real ou fidejussória, concordar, discordar, em tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho dos seus mandatos, inclusive para representá-lo junto a autarquias públicas, estaduais e municipais.



POMBAL- Terra de Maringá-, em 05/06/2017.

Thiago Barreto Viana

Outorgant

Joana D'Arc L. de Queiroga
Tabelião Pública
CPF: 675.687.694-53

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Tit.: JOANA D'ARC L. DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELLAS DE QUEIROGA

A presente fotocópia, compare com a original exibida nestas Notas, Dou 46, POMBAL-Paraíba, 07/06/2017.

Selo Digital de Autenticação Tipo Normal C-AFD33289-AJ84
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
[EM:13,85][FA:1,35][ISS:0,89][TF:3,04]



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Thiago Barreto Viana

brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade sob nº 003012512, CPF nº 060.218.194-11, residente Rua Severino Gomes Santo Bairro Vila Nova Pombal, Paraíba.

Outorgado: **BEL. THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.314, Seccional da Paraíba, subseção Pombal, com endereço profissional na Rua Cel. João Carneiro, nº 1 andar, CEP: 58.840.000, Centro da Cidade de Pombal, Estado da Paraíba.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula adjudicia - "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive **CONTRA A SEGURADORA LIDER**, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** com fim **ESPECÍFICO PARA DAR ENTRADA E RECEBER SEGURO DPVAT, JUNTO A SEGURADORA LIDER**, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato, inclusive para representá-lo nas esferas **ADMINISTRATIVA E JUDICIAL**.

POMBAL- Terra de Maringá-, em 06/02/2018



x Thiago Barreto Viana

Outorgante

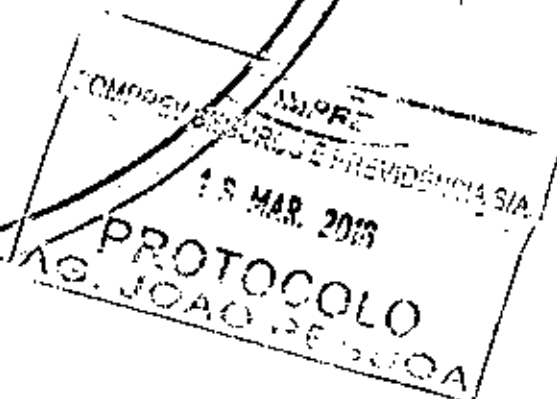
POMBAL
Tel: 83 3431-2175

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **THIAGO BARRETO VIANA**.
CONFERIDO () DOU-52 POMBAL-Paraíba, 01/02/2018.

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AGK36114-GROS
Confira os dados do ato em <https://selodigital.itabjus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



Cel. João Quelroga
1º Oficial de Registro e Tabelião
CNPJ: 09.205.816/0001-28
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB
BRASIL



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: **3180004432**

Nome do(a) Examinado(a): **THIAGO BARRETO VIANA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Severino Gomes Souto, 108 - Centro - Pombal - PB - CEP 58840000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SESPDS/RN**] **003012312**

Data e local do acidente: [**07/12/2016**] **POMBAL - PB**

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO FACIAL (FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA MAIS LESÃO LACERANTE EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA)

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

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E SUTURA EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, TRATADO DE FORMA CONSERVADORA PARA FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM HEMI FACE À DIREITA, AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES EM REGIÃO ZIGOMÁTICA À DIREITA (1+/4+), DOR LOCAL, QUADRO DE AGITAÇÃO E NECESSIDADE DE BENZODIAZEPÍNICO 1X AO DIA, ALÉM DE RELATO DE ALTERAÇÃO AUDITIVA À DIREITA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

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):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.**

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CMA-PE 24411
TECOT 14835



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004432

Cidade: Pombal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO BARRETO VIANA

Data do acidente: 07/12/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL (FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA MAIS LESÃO LACERANTE EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VITIMA APRESENTA ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM HEMI FACE À DIREITA, AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES EM REGIÃO ZIGOMÁTICA À DIREITA (1+/4+), DOR LOCAL, QUADRO DE AGITAÇÃO E NECESSIDADE DE BENZODIAZEPÍNICO 1X AO DIA, ALÉM DE RELATO DE ALTERAÇÃO AUDITIVA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E SUTURA EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, TRATADO DE FORMA CONSERVADORA PARA FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

