

---

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180114838

**Vitima:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 06/08/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** NILO TRIGUEIRO DANTAS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180114838**.

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](http://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, 19 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3180114838

**Vítima:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 06/08/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** NILO TRIGUEIRO DANTAS

**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 3180114838** 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](http://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, 30 de Março de 2018

Carta n°: 12592616

A/C: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180114838  
**Vitima:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 06/08/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NILO TRIGUEIRO DANTAS

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:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

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

**Banco:** 104

**Agência:** 000004916

**Conta:** 0000010208-6

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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%

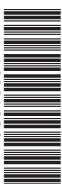
**Valor a indenizar:** 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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

Sinistro: **3180114838**

Nome do(a) Examinado(a): **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ASSENTAMENTO SAO LUIZ nº 00 - AREA RURAL - SOSSEGO/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3611952 - SSP**

Data e local do acidente: **06/08/2016 NOVA FLORESTA/PB**

Data e local do exame: **21/03/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA ARCO ZIGOMATICO DIREITO**

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

**PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM SETEMBRO DE 2016. ATUALMENTE NÃO MAIS FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO**

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

**SEM DEFORMIDADE EM FACE, APRESENTA LEVE PERDA DA SENSIBILIDADE EM HEMIFACE COM DIFICULDADE DE MOTRICIDADE PERIORBITÁRIAPARESIA E PARESTESIA LEVE EM HEMIFACE,**

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

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

**DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE**

**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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **FACE**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB**

  
Dr. Bruno Brilhante  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 6492

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

361.599.968-19

Nome completo da vítima

Anilson Marques do Nascimento

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Anilson Marques do Nascimento	CPF titular da conta	361.599.968-19	Profissão	Administrador
Endereço	Assentamento São Luiz	Número	511	Complemento	01A
Bairro	zona rural	Cidade	Soussego	Estado	PB
Email		CEP	58177-000	Telefone (DDD)	(83) 999125490

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4916		10208	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

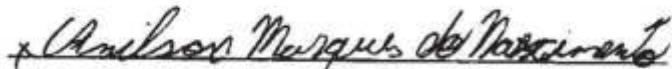
**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

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 a efetivação na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Picu-15, 22 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 010/2017

NOTICIANTE: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO (83 9 8617-1495)

Aos trinta dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete (30/11/2017), nesta cidade de Nova Floresta, Estado da Paraíba, no cartório desta unidade policial, sob a responsabilidade do Bel. Elias J. Rodrigues da Silva, ai compareceu **Anilson Marques do Nascimento**, brasileiro, solteiro, ensino fundamental incompleto, pescador, nascido aos 24/07/1990, com 27 anos de idade, natural de Guarujá/SP, filho de Marcos Antônio do Nascimento e de Antônia Marques do Nascimento, portador do R.G. 3611952 SSP/PB e do C.P.F. 361.599.968-19, residente no Assentamento São Luiz - Zona Rural - Sossego/PB, e fez o seguinte registro: QUE o noticiante, no dia seis do mês de agosto do corrente ano (06/08/2017), por volta das 15:00 horas, trafegava na sua motocicleta HONDA CBX250, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2003/2004, PLACA MNN8079/PB, CHASSI 9C2MC35004R004693, CÓDIGO RENAVAM 00818630310, LICENCIADA EM NOME DE JAIRO DA SILVA FONSECA, em uma estrada vicinal localizada no Sítio Boi Morto, neste município de Nova Floresta, estrada esta que possui duas grandes fadearas e enquanto o noticiante descia uma delas perdeu o controle da moto quando freou, pois a moto derrapou porque a estrada estava molhada devido as chuvas que caiam no dia do ocorrido; QUE, algumas pessoas que vinham logo atrás chamaram o SAMU de Picuí/PB, o qual socorreu o noticiante e o levou para o Hospital Regional de Picuí, onde passou por procedimento cirúrgico na cabeça, já que o noticiante, devido à queda de moto, quebrou o maxilar e precisou colocar pinos de platina do lado direito da cabeça; QUE, o noticiante continua, até a presente data, sem conseguir exercer suas atividades profissionais em virtude das sequelas do acidente, motivo pelo qual ainda está em atestado médico para que possa se recuperar das lesões e da cirurgia; QUE, o noticiante passou quatro dias internado no Hospital Regional de Picuí. Por esta razão, veio a esta Depol fazer a notificação para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis. Nada mais havendo a tratar, ciente o Noticiante das implicações legais contidas no Art.º 299 do Código Penal, deu-se por encerrado a presente Ocorrência Policial, devidamente assinada a Ocorrência Policial, pelo Noticiante e por mim, Leandro Rodrigues de Souza Azevedo que o digitei.

1<sup>º</sup> TESTEMUNHA: Maria de Lourdes Fidelis de Araújo, portadora do R.G.: 2593798 SSP/PB e do CPF: 036.690.224-57 – Residente no Assento São Luiz, s/n – Zona Rural - Sossego/PB

2<sup>º</sup> TESTEMUNHA: Maria das Vitorias dos Santos, portadora do R.G.: 3759188 SSP/PB e do CPF: 101.351.714-82 – Residente no Assento São Luiz, s/n – Zona Rural - Sossego/PB.

Nova Floresta/PB, 30 de novembro de 2017.

Noticiante:

*Anilson Marques do Nascimento*

Leandro Rodrigues de Souza Azevedo  
 Encravado a huc - Mat. 30.296-0





Picuí/PB, 13 de outubro de 2017.

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que a ambulância do município de Picuí realizou no dia 06 de agosto de 2016, após acidente motociclístico, atendimento pré-hospitalar, conforme laudo e livro de ocorrência da mesma, o Srº Anilson Marques do Nascimento, 27 anos, apresentou dores na região cervical e escoriações pelo corpo. Após atendimento, foi encaminhado para o Hospital Regional de Picuí onde seguiu aos cuidados da equipe da referida instituição.

*Gésska de Oliveira, Macedo Costa*  
Gésska de Oliveira, Macedo Costa  
Coordenadora Municipal do SAMU PICUÍ/PB



# 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: 26/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000010208-6

---

Nr. da Autenticação 1CEC71A5A9A6A6C0

AMILSON MARQUES DO NASCIMENTO  
ASSENT SAO LUIZ, SIN - AREA RURAL  
SOSSEGO/PB CEP: 58177000 (AG. 80)

Emissao: 30/11/2017 Referencia: Nov / 2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Ins Est: 15.015.023-0

Classe/Subclasse: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL/MONOFÁSICO Km-25 - Cidade: Pombal/PB - CEP: 58071-690

Rodovia: 18 - 261 - 959 - 650 N° medidor: 03001257531

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°001 416512  
Cód. conta: 016. Automação: 0000027178

Nov / 2017 30/11/2017 29/12/2017 36159996819

6/1096267-8

-CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
CADASTRO BIOMÉTRICO

A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESÍDENCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDAS CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 63513-1381.

Data	Lectura	Data	Lectura	1	50	30
31/10/17	7198	20/11/17	7248			
0801 Consumo em kWh	50.000 0.484410	23,22	23,22 18	4,18	23,22	9,31 1,42
0801 Adic. B. Vermelha		3,25	3,25 18	0,80	3,25	0,04 0,20
0810 Subsídio		9,95	9,95 18	1,78	9,95	0,13 0,61
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0806 Devolução Subsídio		-7,42	0,00 6	0,00	0,00	0,00

CDI: Código de Classificação do item TOTAL 29,10 38,52 6,57 38,52 0,48 2,23

56 11/12/2017 R\$ 29,10

98 | 47 | 53 | 50 | 53 | 60 | 58 | 68 | 56 | 55 | 51 | 57 | 54  
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO

667b.135c.a9a8.f9c8.be7d.ab77.696a.9ba6.

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	6,92	23,65
Consumo de Energia	9,97	34,28
Serviço de Transmissão	1,28	4,24
Encargos Sistóricos	1,91	6,56
Impostos Diretos e Encargos	9,28	31,89
Outros Serviços	0,90	0,00
Total	29,10	100,00

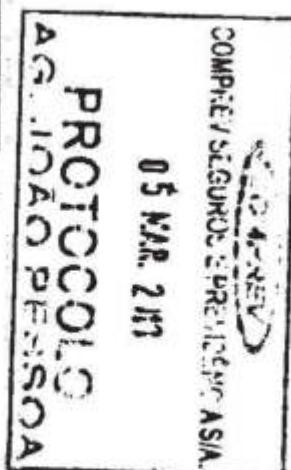
Vencida/Emissa (R\$ 9/12/17) R\$ 29,10

-REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima constante(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/12/2017 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou os contatos pagos não estejam na unidade consumidor para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estes a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento anfit o decorso de prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento

Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 7,42

Out/17 35,74  
Set/17 23,46  
Ago/17 114,44  
Jul/17 108,45  
Jun/17 115,10  
Abr/17 113,28  
Mar/17 122,54  
Jan/17 17,08



energisa PARAIBA

Rodovia: 18 - 281 - 959 - 650

Matrícula: 1096267-2017-11-7

11/12/2017

R\$ 29,10

83610000000-6 29100054000-0 10962672017-0 11700281019-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANILSON, MARCUS DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.599.968 / 19 do sinistro de DPVAT cobertura TRALHAR da Vítima ANILSON MARCUS DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.599.968 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

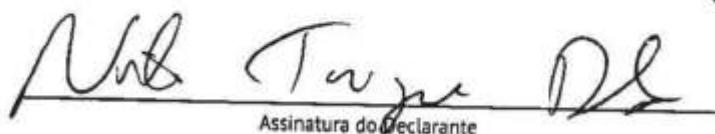
Recuso informar

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.

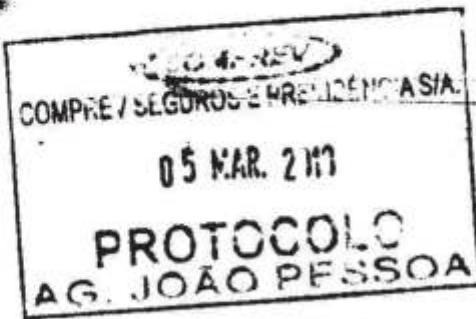
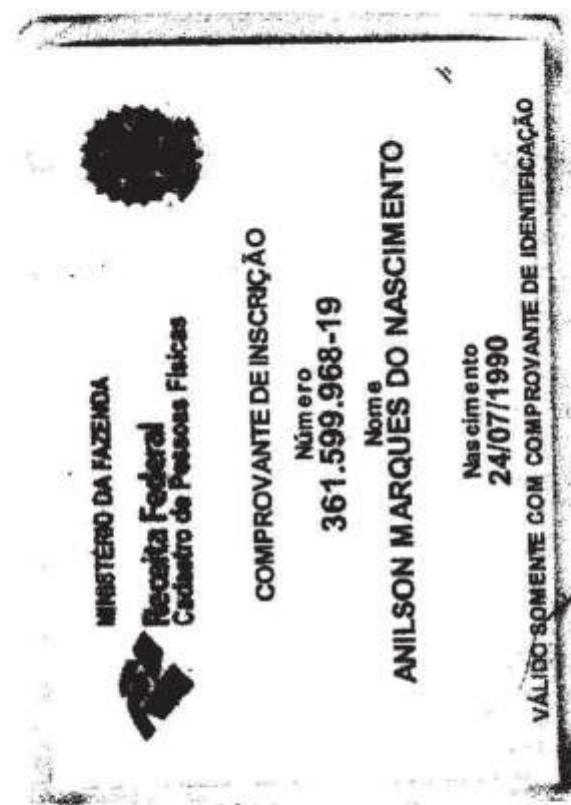
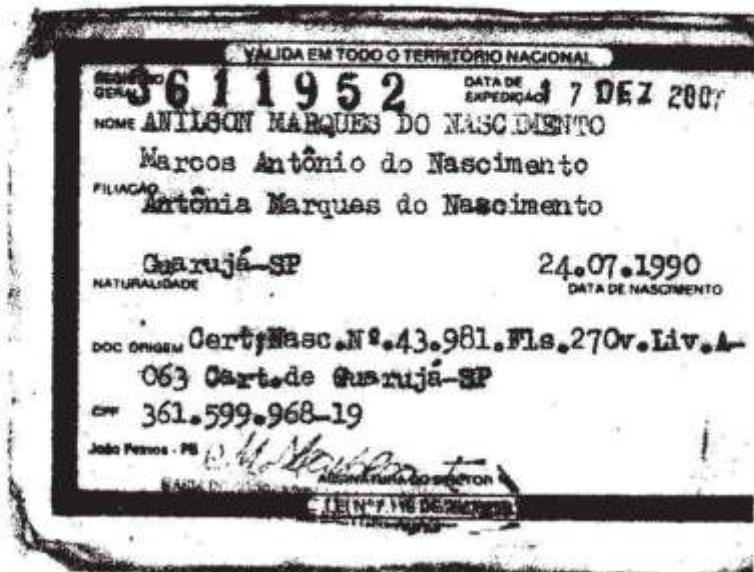
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Roldão Zacarias de Macedo		145	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JK	Picuí	PB	58187-000
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
nilotdantas@hotmail.com		(83)33712214	(83)999125490

Picuí/PB 22 de Febrero de 2018  
 Local e Data

  
 Assinatura do declarante





Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

às 12:56:48 do dia 16/12/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 011810480803

14008260/2015

66139929866

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. PERNAMBUCO	RNTRC
1	00818630310	*****
NOME/ENDEREÇO		
JAIRO DA SILVA TOMEIKA		
R. TOMEIKA SANTAS, 872		
CENTRO		
59.374-000 CARMONA DOS BRASIL/PI		
CNP/CNPJ		PLACA
079.878.234-50		MIN8079
NOME ANTERIOR		
JAIRO DA SILVA TOMEIKA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
MIN8079/PI	9C2MC35004R004693	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL
PASSEIESTRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL		GASOLINA
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CBX 250 TWISTER		2003 2004
CAP/POT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/249 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

OBSERVAÇÕES

MOTOR:MC38E-4004693

DATA

19/09/2015

Assinatura do Detran  
Assinatura do Motorista  
DATA: 19/09/2015

COMPREV  
COMPREV SEGURAS E PREVIDÊNCIAS S/A.  
05 MAR. 2011  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180114838      **Cidade:** Nova Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 06/08/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de face

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180114838      **Cidade:** Nova Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 06/08/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

**Descrição do exame** DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM SETEMBRO DE 2016. ATUALMENTE NÃO MAIS FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO.  
SEM DEFORMIDADE EM FACE, APRESENTA LEVE PERDA DA SENSIBILIDADE EM HEMIFACE COM DIFICULDADE DE MOTRICIDADE PERIORBITÁRIAPARESIA E PARESTESIA LEVE EM HEMIFACE,

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE

**CRM do médico:** 6492

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

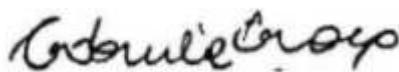
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

Outorgante: Anilson Marques do Nascimento,  
brasileiro(a), sócio, pescador,  
portador(a) do RG nº 3.611.952 expedido por SSP/PB em  
17/12/2007 e do CPF nº 361.599.968-19, residente na (o)  
Assentamento São Luiz - zona rural,  
município de Borba - PB, CEP 58177-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2<sup>a</sup> via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

**Poderes:** Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 18 de JANEIRO de 2018

