

INSTRUMENTO DE MANDATO





SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da Seguradora: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A; ACE SEGURADORA S/A; ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BCS SEGUROS S/A; BMG SEGURADORA S/A; BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS; BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; BVA SEGUROS S/A; CAIXA SEGURADORA S/A; CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A; CHARTIS SEGUROS BRASIL S/A; CHUBB DO BRASIL CIA DE SEGUROS; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; CIA MUTUAL DE SEGUROS; COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA; COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; CONFIANÇA COMPANHIA DE SEGUROS; DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A; FATOR SEGURADORA S/A; FEDERAL DE SEGUROS S/A; FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; GENTE SEGURADORA S/A; ICATU SEGUROS S/A; INVESTPREV SEGURADORA S/A; ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A; ITAÚ SEGUROS S/A; ITAÚ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; J MALUCELLI SEGUROS S/A; JAVA NORDESTE SEGUROS S/A; MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A; MAPFRE VERA CRUZ PREVIDÊNCIA S/A; MAPFRE VERA CRUZ VIDA S/A; MARES MAPFRE RISCOS ESPECIAIS SEGURADORA S/A; MARÍTIMA SEGUROS S/A; MBM SEGURADORA S/A; MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A; NONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A; PANAMERICANA DE SEGUROS S/A; PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS;**

Campo Grande/MS
XV de Novembro, 2.029 | CEP 79020-300 - 67 3389.0123 | Fax: 67 3321.0468
Cuiabá/MT
Manoel Leopoldino, 358 | CEP 78005-550 - 65 3648.0123 | Fax: 65 3648.0143
Palmas/TO
Teotônio Segurado, 501 Sul | Conj 1 Lote 6 | Amazônia Center, Sala 801
CEP 77016-002 | 63 3214.1866 | Fax: 63 3214.2616

Três Lagoas/MS
Dr. Eloy Chaves, 690 | Sala 1 | CEP 79602-000 - 67 3522.4904 | Fax: 67 3521.5895
Goiânia/GO
102, nº 87 | Setor Sul | CEP 74083-250 - 62 3257.5500 | Fax: 62 3257.5501
Brasília/DF
SRTVS Quadra 701 Bloco A | Sala 411 | Centro Empresarial Brasília
CEP 70340-907 | 61 3037.6565 - 9906.9102

www.ernestoborges.com.br

PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; PQ SEGUROS S/A; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; QBE BRASIL SEGUROS S/A; SABEMI SEGURADORA S/A; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS; SUL AMÉRICA CIA DE SEGUROS GERAIS; SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A; TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S/A; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; USEBENS SEGUROS S/A; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; VIDA SEGURADORA S/A; ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; ZURICH VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, doravante denominada Outorgante, SUBSTABELEÇO, com reserva de iguais, EXCETO PARA RECEBER INTIMAÇÕES, QUE DEVERÃO SER PROCEDIDAS EXCLUSIVAMENTE NOME DO SUBSTABELECENTE (EDYEN VALENTE CALEPIS – OAB/GO 28.442-A), na pessoa do advogado RAFAEL SOARES DOMINGUES NOGUEIRA, devidamente inscrito na OAB/GO sob n.º 28.350, JOÃO BOSCO DE PAULA BRANDÃO - OAB/GO 34.345, FLORISVALDO DE ARAÚJO NETO – OAB/GO 33.803, ANDRESSA SOCORRO SILVA TENÓRIO, devidamente inscrita na OAB/GO nº 39.997 todos com endereço profissional na Rua 102, nº. 87, Setor Sul, na cidade de Goiânia, Estado de Goiás – CEP 74.083-250. Os poderes que me foram conferidos para plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT.

Goiânia/GO, 6 de março de 2017.


EDYEN VALENTE CALEPIS
OAB/GO 28.442-A

Campo Grande/MS
XV de Novembro, 2.029 | CEP 79020-300 - 67 3389.0123 | Fax: 67 3321.0468
Cuiabá/MT
Manoel Leopoldino, 358 | CEP 78005-550 - 65 3648.0123 | Fax: 65 3648.0143
Palmas/TO
Teotônio Segurado, 501 Sul | Conj 1 Lote 6 | Amazônia Center, Sala 801
CEP 77016-002 | 63 3214.1866 | Fax: 63 3214.2616

Três Lagoas/MS
Dr. Eloy Chaves, 690 | Sala 1 | CEP 79602-000 - 67 3522.4904 | Fax: 67 3521.5895
Goiânia/GO
102, nº 87 | Setor Sul | CEP 74083-250 - 62 3257.5500 | Fax: 62 3257.5501
Brasília/DF
SRTVS Quadra 701 Bloco A | Sala 411 | Centro Empresarial Brasília
CEP 70340-907 | 61 3037.6565 - 9906.9102

www.ernestoborges.com.br

**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

Nome do(a) Examinado(a): **TACIANA DA SILVA SOUZA** Sinistro: **3150202894** Data: **21/10/2014**
Endereço do(a) Examinado(a): **rua francisco achateubriand, 205 - centro - Timbaúba - PE - CEP 55870-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8706503**
Data local do exame: [**20/05/2015**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO. AO EXAME TORNOZELO DIREITO EDEMACIADO E COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO 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):

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE