

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180124701

**Vitima:** JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Data do Acidente:** 23/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180124701**.

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**



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Sinistro:** 3180124701

**Vítima:** JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Data do Acidente:** 23/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

**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 3180124701** 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, 17 de Abril de 2018

Carta n°: 12670496

A/C: JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180124701  
**Vitima:** JOSEANO MORAIS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 23/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

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:** JOSEANO MORAIS DA SILVA

**Valor:** R\$ 3.375,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000003487

**Conta:** 000000036572-5

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	3.375,00

**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 leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 100%) 25,00%

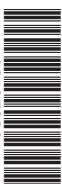
<b>Valor a indenizar:</b> 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
--	-----	----------

**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**



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

018.989.184-71

Nome completo da vítima

Joseno Moraes da Silva

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

Nome completo Joseno Moraes da Silva		CPF titular da conta 018.989.184-71	Profissão Vendedor.
Endereço Rua Prof. Nice de Oliveira, QD1	Número 511	Complemento BL 31 AP 20	
Bairro Parati/PE	Cidade João Pernam	Estado PB	CEP 58000-000
Email mder.dpvat@gmail.com	Telefone (DDD) (83) 99100-5604		

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
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	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 3487	CONTA NRO. 03.00.036572 5	AGÊNCIA NRO. CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
D/V (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)

*COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
1º MAR 2018  
PROTÓCOLO  
NRC.*

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.

*José Moraes da Silva*  
 Local e Data: 01 de Março de 2018

*José Moraes da Silva*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00385.01.2018.1.00.420**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00385.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:17 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Joseano Moraes da Silva**, CPF nº 018.284.184-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Maria da Piedade da Silva e José Moraes da Silva, natural de Remígio/PB, nascido(a) em 10/09/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Protetico Masileu Urbano dos Santos, Nº SN, complemento QD. 01, BC. 03, APTº 210 - RES. NICE OLIVEIRA, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Ig. Católica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-4505.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Protetico Masileu Urbano dos Santos, Próximo a Igreja Católica, João Pessoa/PB, bairro Paratibe;  
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/07/17 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESDI, 2014, PRETA, PLACA QFO7440/PB, CHASSI 9C2KC1680FR549420, registrada em nome de MARIA DA PIEDADE DA SILVA, quando o noticiante foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e em sequência ser atingido por outro CARRO NÃO IDENTIFICADO; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 16.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.

FABIANA DE LIMA BÉZERRA

Agente de Investigação

JOSEANO MORAIS DA SILVA

Noticiante



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

*Joséane Moreira da Silva*

CPF da Vítima

*018 084 184-71*

Data do Acidente

*28/10/2017*

#### 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 realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 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 Lider 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.

*Joséane Moreira da Silva*  
Local e Data

COMPRA SEGURO SE PREVÉ CACASIA  
1 MAR. 2018  
PROTÓCOLO  
A.G. JOÃO PESSOA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 22/08/17

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do Nascimento Silva  
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 14 de Agosto de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 303/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/07/2017, conforme requerimento nº 294/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 19h40min o/a Sr.(a) JOSEANO MORAIS DA SILVA CPF: 018.284.184-71, vítima de acidente de transito (queda de moto), ocorrido na Rua Protético Mazileu Urbano, Paratibe – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a SARGENTO BM SEVERINO DO RAMO LIMA DE ALMEIDA, Matrícula: 518.130-5. Vítima consciente e orientada, com otorragia, corte-contuso na mandíbula e membro superior. Que após os procedimentos de immobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B. S. dos Santos  
TEN. QOABM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Leitão, 61º, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-0044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

# 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: 11/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: JOSEANO MORAIS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000036572-5

---

Nr. da Autenticação D638F6F36A0CE723

MARIA DA PIEDADE DA SILVA

RUA PROJ. NICE DE OLIVEIRA, QD.1 - BL.3/AP210

PARATIBA JOAO PESSOA PB 58000-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Commercial	Industrial	Público	
001 095 240 0250 100	100	1	0	0	0	
<b>Hidrômetro</b>	<b>Data de Instalação</b>	<b>Localização</b>	<b>Situação Água</b>	<b>Situação Esgoto</b>		
A1414022638	07/12/2017	EXT ALTO POCADO	•	•		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
00	109	9	30		01/03/2018	
DE CONS./ANOR. LEIT   QUAL ID. DA AGUA DECRETO 2 914/2011-15						
AN/2018	10	10	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
			TURBIDEZ	294	294	292
			CLORO	294	294	294
			COL. TERMOI	0	0	0
			COR	77	100	98
			COL. TOTAIS	294	294	294
MEDIA(m <sup>3</sup> )	10		DADOS REFERENTES A DEZ/2017			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:04:16

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

9 m<sup>3</sup> 36,84

CONSUMO DE AGUA

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

29,47

CONSUMO DE ESGOTO

FATURAS EM ATRASO

REF 201801 36,84

COMPREVESE A ROSE PREVIA - JIA SIA  
1 MAR 2018PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA/24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 6,13 PIS E CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO 741/1

VENCIMENTO:

16/02/2018

Total a Pagar:

R\$ 66,01

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 001.167.734



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 - Insc. Est. 18.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA  
NOV/2017

APRESENTAÇÃO  
27/11/2017

CONSUMO

170

VENCIMENTO

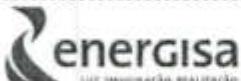
04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DESENQUE AQUI



DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83640000003-7 48970149000-0 10823142017-6-11300006019-5



VENCIMENTO 04/12/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 348,97	MATRÍCULA 1082314-2017-11-3
--------------------------	-----------------------------	--------------------------------



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 001.167.734



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 - Insc. Est. 18.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA  
NOV/2017

APRESENTAÇÃO  
27/11/2017

CONSUMO

170

VENCIMENTO

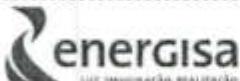
04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DESENQUE AQUI



DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83640000003-7 48970149000-0 10823142017-6-11300006019-5



VENCIMENTO 04/12/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 348,97	MATRÍCULA 1082314-2017-11-3
--------------------------	-----------------------------	--------------------------------



**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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domílio de Araujo Melo Leite, inscrito (a) no CPF 018.984.184 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joacomo Moraes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018-984.184 / 41, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Joacomo Moraes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.984.184 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: Recurso.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider (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	<u>Rua Francisco Teles Cardoso Ribeiro 101mº</u>		Número	<u>101</u>	Complemento	<u>52208</u>	
Bairro	<u>Bessa</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58036-50</u>
Email	<u>melo-silva@outlook.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 99100-5607</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>	

Domílio de Araujo Melo Leite  
Local e Data: 01 de Março de 2018

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Piedade da Silva,  
RG nº 1.606.451, data de expedição 29/01/2016  
Órgão SSDI PB, portador do CPF nº 032.814.544-02, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Protetor das Nações Ulysses dos Santos, nº 510,  
complemento QD.01 PC, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima João Moraes da Silva, cujo o condutor era  
João Moraes da Silva.

Veículo: motocicleta Não Aplic.  
Modelo: Honda CG 150 FAN ES  
Ano: 2014  
Placa: Q-F0 7440 IPB  
Chassi: 9C2KC1680FR 549420  
Data do Acidente: 03/10/2017  
Local e Data: João Pessoa, PB 01 de Novembro 2018

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Maria da Piedade da Silva

Assinatura do Declarante

João Moraes da Silva.  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Titular | Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta  
Rua Elie Pernot de Araújo, 40 - Mangabeira - CEP 58050-012 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (83) 3284-8888

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
MARIA DA PIEDADE DA SILVA  
Em test da verdade. João Pessoa-PB 27/02/2018 15:09:17  
Fabio Roberto C. Batista - ESCREVENTE AUTORIZADO  
[2018-010451]EMOL:R\$ 49,48 FARPE:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,10 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGM27683-0017  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSEANO MORAIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	10/09/92
NOME DA MÃE	MARIA DA PIEDADE DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.015.522
DATA DO ATENDIMENTO	23/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	20:31
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CORPO MANDIBULAR A DIREITA E DO RAMO A ESQUERDA(CÔNDILO MANDIBULAR) + FERIMENTO DE MENTO
CID 10	S02.6 + S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo cefaleia, otorragia, dor em face, dor em membro superior direito, sem vômito, com cervicalgia, sem dor abdominal. Presença de ferimento contuso em mento e em cotovelo direito. Glasgow 15. Neurologia: TCE leve, sem déficit motor. TC de crânio: normal. BMF: trauma de face; ferimento de mento; movimentos mandibulares preservados; TC: fratura em côndilo mandibular esquerdo longitudinal; sutura de ferimento; retorno ambulatorial.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

TC de face

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do corpo da mandíbula a direita e do ramo a esquerda(côndilo mandibular)

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos; curativo; orientado a retorno ambulatorial.

ALTA HOSPITALAR: 24/07/17

DATA DA EMISSÃO: 16/11/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1193023	Nome JOSEANO MORAIS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/09/1992	Idade 24 anos 10 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário:
Mãe MARIA DA PIEDADE DA SILVA				Pai JOSE MORAIS DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) JULIA STERFANNY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986361654	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3593099	Nº Cns 898003037072123		
Local de procedência				Tipo UF
Email	Naturalidade REMIGIO	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58075580	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOUTOR GRACILIANO MEDEIROS	
Número SN	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 23/07/2017 20:31:38	Número da pulseira 1000004182039	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente AMBULANCIA - BOMBEIROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Nao	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p><i>PC Vítima de Trauma (Moto) Queixas: dor em regiões da Face, espalhadas, sanguinolenta e orientada.</i></p>				
<p><i>AG. PROTOCOLO 1. MAR. 2018</i></p>				
<p><i>COMPRAV. SEGUROSE PREVILICIA SIA</i></p>				
<p><i>Esmeraldo de Sousa Enfermeira</i></p>				
<p><i>CID</i></p>				
<p><i>Tempo 02min 15seg</i></p>				
<p><i>COREN-PB 252.262</i></p>				
<p><i>Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES</i></p>				

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSEANO MORAIS DA SILVA	BAE 1015522	Data/Hora Entrada 23/07/2017 20:31:38	Data Baixa
Data de nascimento 10/09/1992	Idade 24	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986361654
Mãe MARIA DA PIEDADE DA SILVA			
Endereço DOUTOR GRACILIANO MEDEIROS, SN	Bairro ERNESTO GEISEL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2017 20:31:38		Data/Hora Prescrição 23/07/2017 21:24:31	

## Anamnese

NEUROCIRURGIA TCE LEVE GLASGOW 15 SEM DÉFÍCIT MOTOR SEM DOR NEUROEXO TC CRÂNIO NORMAL CONDUTA: ORIENTAÇÕES ALTA  
NEURO AVAL BUZO LUXAÇÃO ATM ESQ.

## Conduta

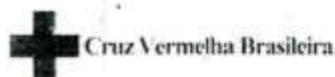
Em observação

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(6800/PB)

JOSEANO MORAIS DA SILVA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSEANO MORAIS DA SILVA</b>		BAE 1015522	Data/Hora Entrada 23/07/2017 20:31:38	Data Baixa
Data de nascimento 10/09/1992		Idade 24	Sexo Masculino	CNS 898003037072123
Mãe <b>MARIA DA PIEDADE DA SILVA</b>				Telefone de Contato (83) 986361654
Endereço <b>DOUTOR GRACILIANO MEDEIROS, SN</b>		Bairro <b>ERNESTO GEISEL</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>10062/PB</b>
Data/Hora Classificação 23/07/2017 20:31:38		Data/Hora Prescrição 23/07/2017 20:47:03		

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA, SEM CAPACETE. ACOMPANHANTE RELATA INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA. RELATA CEFALÉIA, OTORRAGIA E, DOR EM FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO. NEGA SINCOPE, NÁUSEAS E VÔMITOS, CERVICALGIA, DOR ABDOMINAL E DISPNEIA. AO EXAME: EGB, CONSCIENTE/DESORIENTADO, CORADO, EUPNEICO, GLASGOW 14, ACIANÓTICO. ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM MENTO E COTOVELO D. DOR E EDEMA DE FACE. PRESENÇA DE OTORRAGIA E. CONDUTA: 1. PRIMEIRO ATENDIMENTO 2. SUTURA 3. SOLICITO TC DE CRÂNIO E FACE 4. PARECER NRC; BMF

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 10 ML AD)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

Nome JOSEANO MORAIS DA SILVA	Data de 10/09/1992	Idade 24	Sexo MASCULINO	Nº 1015522	Data Prescrição 23/07/2017 20:47:03
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 23/07/2017 20:47:03	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA ZERO	0.0			NENHUMA				
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	Observação: + 10 ml AD	21/08/2017
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROcirurgia	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER BHF	0.0							

23 de Julho de 2017

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE  
CRM: 10062

Assinatura e Carimbo do Profissional

Roberto Chianca Teixeira  
CRM-02 10062







Atendimento: 000000663484

Idade: 24 anos

Paciente: JOSEANO MORAIS DA SILVA

Data: 23/07/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIOS

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

**Fratura do corpo da mandíbula a direita e do ramo a esquerda (côndilo mandibular).**

**Imagens polipóides em seios maxilares.**

Demais estruturas ósseas íntegras.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 23/07/2017 21:41.

  
Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB





DETTRAN - PB		Nº Q 012896663829	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. P.R.V.	20160000474939	7 EXERCÍCIO
1	0103145029-4	00/00000000	2016
NOME			
00 MARIA DA PIEDADE DA SILVA			
02	03281454402	04	PLACA QF07440/PB
05	06	07	PLACA ANTO. / UF PB
08	09	10	CHASSI 9C2KC1680FR549420
11	12	13	ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
14	15	16	MARCA / MODELO SUZUKI / GS150
17	18	19	ESPECIE TIPO NOVO
20	21	22	CAP / PON / CR 2 P/149 / CI
23	24	25	CATEGORIA PARTIC
26	27	28	GOR PREDOMINANTE PRETA
29	30	31	VENC. COTA UNICA 31/10/2016
32	33	34	VENC. COTA UNICA 1*
35	36	37	PARCELAMENTO / COTAS 2*
38	39	40	3*
41	42	43	PREMIO TOTAL (R\$) ***** 0
44	45	46	DATA DE PAGAMENTO 31/10/2016
47	48	49	OBSEVAÇÕES SEGURU PAGO 31/10/2016
50	51	52	A.F BV FINANCEIRA S.A.
53	54	55	TRANSFERÊNCIA O
56	57	58	JOAO PESSOA-PB
59	60	61	DATA 07/11/2016
62	63	64	37842
65	66	67	
68	69	70	16861

<p align="center"><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p align="center"><b><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b></p> <p align="center"><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>							
<p align="center"><b>EXERCÍCIO</b> <input type="text"/> <b>DATA EMISSÃO</b> <input type="text"/></p> <p align="center">2016 07/11/2016</p>							
<p align="center"><b>CPF / CNPJ</b> <input type="text"/> <b>PLACA</b> <input type="text"/></p> <p align="center">03281454402 QFO7440 / PB</p>							
<p align="center"><b>MARCA / MODELO</b> <input type="text"/> <b>NR. CHASSI</b> <input type="text"/></p> <p align="center">RENDAVAN 9C2KC1680FR549420</p>							
<p align="center"><b>ANO FAB.</b> <input type="text"/> <b>ANO MFG.</b> <input type="text"/></p> <p align="center">2014 9</p>							
<p align="center"><b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p> <table border="1"> <tr> <td align="center"><b>FNS (R\$)</b> <input type="text"/></td> <td align="center"><b>DESENTRAL (R\$)</b> <input type="text"/></td> <td align="center"><b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> </tr> </table>		<b>FNS (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>DESENTRAL (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/>	*****	*****	*****
<b>FNS (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>DESENTRAL (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/>					
*****	*****	*****					
<table border="1"> <tr> <td align="center"><b>VALOR DO BILHETE (R\$)</b> <input type="text"/></td> <td align="center"><b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/></td> <td align="center"><b>PAGAMENTO</b> <input type="checkbox"/> <b>PAGAMENTO PARCELADO</b> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> </tr> </table>		<b>VALOR DO BILHETE (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>PAGAMENTO</b> <input type="checkbox"/> <b>PAGAMENTO PARCELADO</b> <input type="checkbox"/>	*****	*****	*****
<b>VALOR DO BILHETE (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <input type="text"/>	<b>PAGAMENTO</b> <input type="checkbox"/> <b>PAGAMENTO PARCELADO</b> <input type="checkbox"/>					
*****	*****	*****					
<p align="center"><b>DATA DE OUTURAÇÃO</b> <input type="text"/> <b>DATA DE OUTURAÇÃO</b> <input type="text"/></p> <p align="center">31/10/2016 31/10/2016</p>							
<p align="center"><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p align="center">CNPJ 09.248.608/0001-04</p>							
<p align="center">16861-1509105-20161107</p>							

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180124701      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEANO MORAIS DA SILVA      **Data do acidente:** 23/07/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL

**Descrição do exame** AO EXAME : DOR FORTE EM ATM A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM 2CM.  
**médico pericial:** DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO ALIMENTOS SÓLIDOS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL .

**Sequelas permanentes:** Crano-facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador.  
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
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

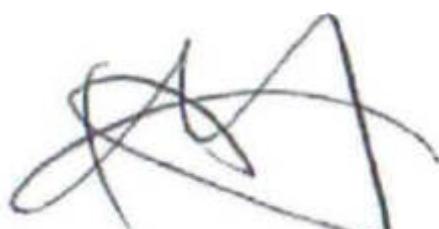
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**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: **3180124701**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSEANO MORAIS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROF MICE DE OLIVEIRA, S/N, qd1 bl3 ap 210 - PARATIBE - João Pessoa - PB - CEP 58000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3593099**

Data e local do acidente: [ **23/07/2017** ] **JOÃO PESSOA PB**

Data e local do exame: [ **05/04/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.**

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

**ACIDENTE EM 23-07-2017 AO EXAME : DOR FORTE EM ATM A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM 2CM. DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO ALIMENTOS SÓLIDOS**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**LIMITAÇÃO DE MASTIGAÇÃO**

**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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL**

% 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.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

**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: **3180124701**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSEANO MORAIS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROF MICE DE OLIVEIRA, S/N, qd1 bl3 ap 210 - PARATIBE - João Pessoa - PB - CEP 58000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3593099**

Data e local do acidente: [ **23/07/2017** ] **JOÃO PESSOA PB**

Data e local do exame: [ **05/04/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.**

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

**ACIDENTE EM 23-07-2017 AO EXAME : DOR FORTE EM ATM A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM 2CM. DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO ALIMENTOS SÓLIDOS**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**LIMITAÇÃO DE MASTIGAÇÃO**

**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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL**

% 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.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Joãozinho Moraes da Silva

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro

Profissão: Vendedor

Identidade: 3.593.099 CPF: 048.984.184-71

Endereço: Rua Protetica Juiz de id: Numa, QD1, BL3, AP0000  
Portilho, João Pessoa, Paraíba CEP: 58000-000

### OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,  
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo  
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio  
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro  
**Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 01 de Maio de 2018.

*JOSEANO MORAIS DA SILVA*

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Rua Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro / Belo Rosário Vieira Batista - Substituto

Rua Rômulo Vieira Batista, 40 - Mangabeira - CEP 58024-010 - João Pessoa - PB - Telefones: 3264-0000 / 3264-0001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: 2º Ofício

JOSEANO MORAIS DA SILVA - Substituto - Substituto - Substituto

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 27/02/2018 15:00:09

Fabio Roberto C. Batista - ESCREVENTE AUTORIZADO

[2018-010450]ENOL:R\$ #,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,00 ISSCM:R\$ 0,77

SELO DIGITAL: AGM27682-F03R

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Joãozinho Moraes da Silva

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro

Profissão: Vendedor

Identidade: 3.593.099 CPF: 048.984.184-71

Endereço: Rua Protetica Juiz de id: Numa, QD1, BL3, AP000

Pontilhado, João Pessoa, Paraíba CEP: 58000-000

### OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa, João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 01 de Maio de 2018.

*JOSEANO MORAIS DA SILVA*

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Rua Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro / Belo Rosário Vieira Batista - Substituto

Rua Rômulo Vieira Batista, 40 - Mangabeira - CEP 58024-010 - João Pessoa - PB - Telefones: 3204-0000 / 3204-0001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: 2º Ofício

JOSEANO MORAIS DA SILVA - Substituto - Substituto - Substituto

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 27/02/2018 15:00:00

Fabio Roberto C. Batista - ESCREVENTE AUTORIZADO

[2018-010450]ENOL:R\$ #,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPN:R\$ 1,00 JEPN:R\$ 0,77

SELO DIGITAL: AGM27682-F03R

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

