

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

Carta nº 12533803



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** 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 nº: 12670496

A/C: JOSEANO MORAIS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180124701
Vítima: 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:

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

Valor a indenizar: 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.

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").

Numero do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 018.984.184-71	Nome completo da vítima Joacano Moraes da Silva
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Joacano Moraes da Silva	CPF titular da conta 018.984.184-71	Profissão Vendedor
Endereço Rua Prof. Nice de Oliveira, 605	Número 511	Complemento B2-31 AP 2B
Bairro Paratibe	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email adrie.spota@gmail.com	CEP 58000-000	Telefone (DDD) (83) 99100-5607

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

<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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ NRQ. _____ AGÊNCIA NRQ. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRQ. 3484 D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. 013.00.036.572 D/V 5 (Informar dígito se existir)	

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.

João Pessoa, PB 01 de Março de 2018
Local e Data

JOACANO 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 íntegra: 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 BEZERRA

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

João Paulo Moraes da Silva

CPF da Vítima

018.984.184-73

Data do Acidente

23/07/2017

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.




João Paulo Moraes da Silva de março de 2018
Local e Data

João Paulo Moraes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 22/08/17



Comandante do BAPH
Katy 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 Nº. 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 trânsito (*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 imobilização 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 Orlando Reisbom, S/A, Conj. Pedro Gendim, 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: 000000036572-5

Nr. da Autenticação D638F6F36A0CE723

MARIA DA PIEDADE DA SILVA
 RUA PROJ. NICE DE OLIVEIRA, QD. 1 - BL.3/AP.210 -
 PARATIBE JOAO PESSOA PB 58000-000

(83) 9918-11-0008
 (23) 9918-5607

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001 095 240 0250 100		100	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A 161 022538	07/12/2017	EXT. MICROLICADO	L. ACTIVEI				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
00	109	9	30		01/03/2018		
DE CONS./ANOR. LEIT QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-15							
AN/2018	10	10	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS	CONFORMES	
			TURBIDEZ	294	294	292	
			COLOR	294	294	294	
			COL. TERMOT	0	0	0	
			COR	77	100	93	
			COL. TOTAIS	294	294	294	
MEDIA(M)		10	DADOS REFERENTES A DEZ/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:04:16

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

9 M3

36,84

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

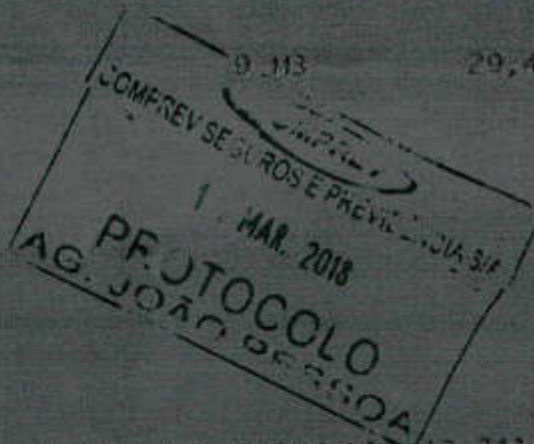
CONSUMO DE ESGOTO

9 M3

29,47

FATURAS EM ATRASO

REF 201801 36,84



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 6,13 PIS E COFINS LEI 17.741/17

VENCIMENTO:

16/02/2018

Total a Pagar:

R\$ 66,51

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 001.167.734



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristão Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-880
CNPJ 08.035.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEONADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2017	27/11/2017	170	04/12/2017	R\$ 348,97

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

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

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



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 001.167.734



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristão Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-880
CNPJ 08.035.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO 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



DESTINQUE AQUI

DANILO 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



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/BIBLIOTECASWEB/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 Daniela de Araújo Mello Leite inscrito (a) no CPF 018.984.184 / 43
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josémo Morais da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 018-984.184 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima
Josémo Morais da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.984.184 / 43, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ 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	<u>Rua Francisco de Assis Ribeiro Coutinho 201</u>		
Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Bessa</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>201</u>	<u>52208</u>
Email	Estado	CEP	
<u>mello-spua@gmail.com</u>	<u>PB</u>	<u>58036-50</u>	
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(83) 99100-5607</u>		<u>(83) 99811-5088</u>	

Josémo Morais da Silva 01 de Março de 2018
Local e Data

Daniela de Araújo Mello Leite
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 Márcilio Urbano dos Santos, nº 511,
complemento R.D. 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 Marcos da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta Honda April
Modelo: Honda CG 150 FAN ES
Ano: 2014
Placa: QF0 7440 1PB
Chassi: 9C2KC1680FR549420
Data do Acidente: 23/07/2017
Local e Data: João Pessoa, PB 01 de março 2018

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Maria da Piedade da Silva
Assinatura do Declarante

João Marcos da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pereira de Azevedo, 40 - Mangabeira - CEP 58050-110 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3329-8898 / 3328-4005

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARIA DA PIEDADE DA SILVA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 27/02/2018 15:08:17
Fábio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2018-010451]EMUL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPI:R\$ 1,20 ISS:R\$ 0,44
SELO DIGITAL: AGM27683-D017
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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



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 corto-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:

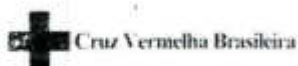
Sutura dos ferimentos; curativo; orientado a retorno ambulatorial.

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

THE
MUSEUM OF
ART AND
ARCHITECTURE
OF THE
CITY OF
NEW YORK



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

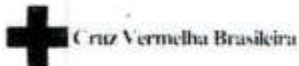
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1015522



Identificação do paciente				
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		
Endereço				
CEP 58075580	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOUTOR GRACILIANO MEDEIROS	
Número SN	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL		
Admissão				
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		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos PC Vítima de Trauma (Moto), Queixando-se de dor na região da face, epauleis, toraxia, lombar e orientado.				
Diagnóstico		CID Esmerecimento de Sousa Enfermeira COREN-PB 252.262		
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES		Tempo 02min 15seg		

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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	CNS B98003037072123
Mãe MARIA DA PIEDADE DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996361654
			Prontuário
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 DÉFICIT MOTOR SEM DOR NEUROEIXO TC CRÂNIO NORMAL CONDUTA: ORIENTAÇÕES ALTA
NEURO AVAL BUCO LUXAÇÃO ATM ESQ.

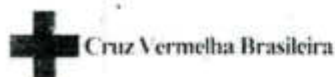
Conduta

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 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	CNS 898003037072123
Mãe MARIA DA PIEDADE DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986361654
			Prontuário
Endereço DOUTOR GRACILIANO MEDEIROS, SN	Bairro ERNESTO GEISEL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO	Nº Cons. Regional 10062/PB
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 SÍNCOPE, 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

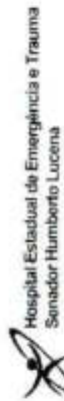
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO
(10062/PB)



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSEANO MORAIS DA SILVA	Data de	10/09/1992	Idade	24	Sexo	MASCULINO	Nº	1015522	Nº	23/07/2017 20:47:03
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		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	Apazamento
1 DIETA ZERO	0.0			NENHUMA				
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	MIL		E.V.		AGORA	Observação: + 10 ml AD	21.00
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER GME	0.0							

23 de Julho de 2017

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE
CRM: 10062

Assinatura e Carimbo do Profissional

Roberto Chianca Teixeira de
Médico
CRM-PB 10062





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000663484

Idade: 24 anos

Paciente: JOSEANO MORAIS DA SILVA

Data: 23/07/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

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



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

1 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

DETRAN - PB Nº 012896663829
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. #PRM-20160000474939-7 EXERCÍCIO
1 0103145029-4 00/00000000 2016

MARIA DA PIEDADE DA SILVA

CPF / CNPJ 03281454402 PLACA QFO7440/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC1680FR549420 CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMECLUSTIVEL ALCO/GASOL

ESPECIE TIPO ANO MOD. ANO FAB. MARCA / MODELO
2 P/149 /CI PARTIC PRETA COR PREDOMINANTE

CAP / POT / QIL COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 PVA PAGO EM 31/10/2016 1º
2 FAIXA L.PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
3 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 31/10/2016

A.F BV FINANCEIRA S.A. OBRIGATORIO
OBSERVAÇÕES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA-PB DATA 07/11/2016
37842 16861



Assinatura: João da Silva
Diretor Administrativo - DETRAN/PB

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 07/11/2016

VIA 1 03281454402 CPF / CNPJ PLACA QFO7440/PB

RENAVAM 03281453001 MARCA / MODELO FORD / FG150 SAN 3301

ANO FAB 2014 ANO TARE 9 NP CHASSI 9C2KC1680FR549420

FMS (R\$) ***** DENATIAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** COTA ÚNICA P A G O DATA DE QUITAÇÃO 31/10/2016

PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

16861-1509105-20161107

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
1 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL .

Sequelae permanentes: Cranio-facial

Sequelae: 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **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?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 Moraes 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?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEANO MORAIS DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro

Profissão: Vendedor

Identidade: 3.593.099 CPF: 018.984.184-74

Endereço: Rua Protetora Nere de Oliveira, QD 1, B23, Apto 01
Paratiku, 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 Março de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

JOSEANO MORAIS DA SILVA

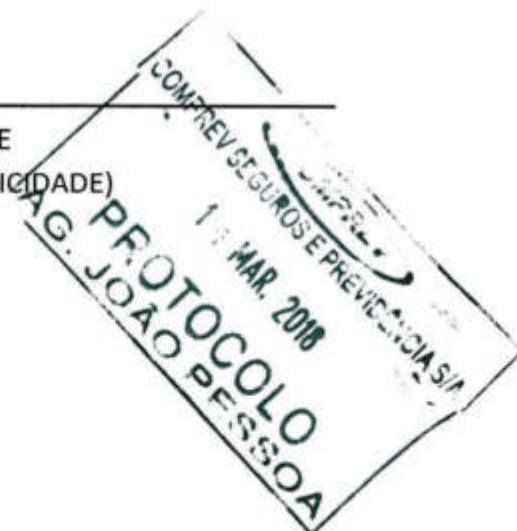
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Def. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Def. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Alcântara, 40 - Mangabeira/Paraíba - CEP 58060-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3354-4000 / 3354-4001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JOSEANO MORAIS DA SILVA
em 2º Ofício Distrital
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 27/02/2018 15:04:09
Fabio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2018-010450]ENCL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AGM27682-F03R
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEANO MORAIS DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro

Profissão: Vendedor

Identidade: 3.593.099 CPF: 018.984.184-74

Endereço: Rua Protetora Nere de Oliveira, QD 1, B23, Apto 010
Paratiku, 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 Março de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

JOSEANO MORAIS DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Def. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Def. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Araújo, 40 - Alameda Paraíba - CEP 58060-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3315-4000 / 3315-4001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JOSEANO MORAIS DA SILVA
em 2º Ofício Distrital
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 27/02/2018 15:04:09
Fabio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2018-010450]ENCL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AGM27682-F03R
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

