

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Nº Sinistro:** 3180112488

**Vitima:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Data do Acidente:** 22/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180112488**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 13 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Nº Sinistro:** 3180112488

**Vitima:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Data do Acidente:** 22/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180112488**.

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, 30 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Sinistro:** 3180112488

**Vítima:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Data do Acidente:** 22/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

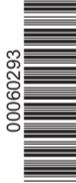
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180112488** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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, 22 de Maio de 2018

Carta n°: 12839827

A/C: RODOLFO LACERDA MARTINS

**Nº Sinistro:** 3180112488  
**Vitima:** RODOLFO LACERDA MARTINS  
**Data do Acidente:** 22/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

**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: RODOLFO LACERDA MARTINS**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000000558**

**Conta: 000000061261-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                         |     |                 |
|-------------------------|-----|-----------------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>2.531,25</b> |

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%**

**Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25**

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**



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Sinistro:** 3180112488

**Vítima:** RODOLFO LACERDA MARTINS

**Data do Acidente:** 22/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

**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 3180112488** 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, 25 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de: RODOLFO LACERDA MARTINS**

**Nº Sinistro: 3180112488**

**Vitima: RODOLFO LACERDA MARTINS**

**Data do Acidente: 22/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180112488**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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**



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

110.252.121-64

Nome completo da vítima

RODOLFO LACERDA MARTINS

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

Nome completo

RODOLFO LACERDA MARTINS

CPF titular da conta

110.252.121-64

Profissão

RECUSOU

Endereço

SITIO LAGOA DAS ESTÍNEA

Número

S/N

Bairro

ÁREA RURAL

Estado

PB

Email

VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM

CEP

58800-000

Telefone (DDD)

83/99173-1754

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**
 RECUSO INFORMAR

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 SEM RENDA

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237)

 BANCO DO BRASIL (001)

 ITAÚ (341)

**CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**
**AGÊNCIA**

NRO.

0558

D/V

**CONTA**

NRO.

00061261

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO**

Nome

NRO.

**AGÊNCIA**

NRO.

D/V

**CONTA**

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SOUSA-PO. 23 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Rodolfo Lacerda Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

034-601516360-0

03/FEV/2018

HORA DF 10:36:28

LOT: 13.15028-2  
LOCALIDADE: SOUSA  
AG. VINCULADA: 0558

TERM: 010979

CONTROLE: 075836222

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0558 013 00061261-4

RODOLFO LACERDA MARTINS

VALOR

0,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

034-601516360-0

1ª VIA

12 MAR. 2018

12 MAR. 2018



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**  
**DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL**  
**3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB**  
**19ª DELLEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB**  
**2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA/PB - GABINETE TITULAR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 34/2018**

**Ocorrência:** ACIDENTE DE TRANSITO-LESÃO  
**Local Fato:** SOUSA/PB Data do fato: 22/12/2017 hora: 22:00

**Notificante:** RODOLFO LACERDA MARTINS, alcunha "RODOLFO", Nacionalidade: Brasileira, natural de: SOUSA/PB, idade: 25 anos, nascido em **30/05/1992**, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado, Profissão: AGRICULTOR, Escolaridade: alfabetizado, documento: RG 003356197 SSP-RN, filiação: FRANCISCO LUCIANO MARTINS DE OUSA e de RAIMUNDA LACERDA DE DÁ, endereço: \*\*\*\*\* SITIO LAGOA DOS ESTRELA, ZONA RURAL, SOUSA/PB, referência: . Tel/Cel: (83) 99371-9397;

**HISTORICO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia e hora citados conduzia uma moto HONDA CG 125 TITAN KS, ANO/MOD 2003/2004, COR PRETA, PLACA MMT 9671/PB, CHASSI 9C2JC30104R075387 registrada em nome de Wanderley Francisco dos Santos, quando ao transitar na via publica no Sítio Saquinho nesta cidade e ao tentar desviar de um animal na pista perdeu o equilíbrio e foi ao solo; Que foi socorrido pelo corpo de Bombeiros para o hospital regional desta cidade; Que devido ao acidente sofreu fratura na perna . Nada mais a consignar.

Sousa/PB, 19 de JANEIRO de 2018. Às 15:25 horas.

|   |  |
|---|--|
| <u>Rodolfo Lacerda Martins</u>  | <input checked="" type="checkbox"/> Notificante <input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada |
| <u>fmr</u>  |  |
| Assinatura do Policial responsável pelo registro<br>CICERA ALVES<br>Matrícula: 168611-9 | Protocolo: _____   |

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Francisco Claudio Beserra

**DOCUMENTO ORIGINAL**

12 MAR. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 526/2018

**Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data e hora do fato: 22/12/2017, às 22h 00min

Local do ocorrido: sousa/PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 09/04/2018, às 09h 52min

**COMUNICANTE: RODOLFO LACERDA MARTINS**, alcunha \*\*, Filiação: Francisco Luciano Martins de Sousa e Raimunda Lacerda de Sá, Profissão: agricultor, Estado Civil: casado, Naturalidade: Sousa - PB, Nacionalidade: brasileira, Data de Nascimento: 30.05.1992, Endereço Residencial: Comunicade Lagoa dos Estrelas, Sousa - PB, Endereço Profissional: \*\*, Telefone: \*\*, Portador da CI/RG nº: 003.356.197 - SSP/RN, Título Eleitoral \*\*, CPF 110.752.124-64, CNH xxxx.

**VÍTIMA: O comunicante**

**HISTÓRICO:** Que, na data de 22.12.2017, por volta de 22h00min estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN KS, 2003/2004, PRETA, placa NNT-9671/PB, RENAVAM 00821058096, Licenciada em nome de WANDERLEY FRANCISCO DOS SANTOS, quando nas proximidades da Rua da Malhada dos Alves, na comunidade Lagoa dos Estrelas, zona Rural desta Cidade, Perdeu o controle da motocicleta ao passar num buraco e caiu; QUE, foi socorrido pelo 6º. BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES e encaminhada ao Hospital Regional de Sousa; QUE, em decorrência deste acidente sofreu fratura na Tibia direita e foi cirurgiado; Que, deseja certidão para fins de DPVAT. Cliente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.

SOUZA - PB, 09 de abril de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: BEL. DEL. VICENTE HONÓRIO FILHO

COMUNICANTE: Rodolfo Lacerda martins

ESCRIVÃO: Paulo

Jéssica Kelly Damasceno Silva  
Agente de Investigação de Polícia Civil  
MAT.: 168.559-7

20 ABR. 2018

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

*RODOLFO LACENDA MARTINS*

CPF da Vítima

*110.752.121-64*

Data do Acidente

*22/12/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

*VANDINHO.DPVAT@GMAIL.COM*

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

*83/99123-1754*

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.

*Sousa-PB, 23 de FEVEREIRO de 2017*

Local e Data

*Rodolfo Lacerda Martins*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE**

*F. Alves*  
P/ Comandante 6º BBM

Flávio Cavalcanti Alves  
TEN BM Matr. 519.173-4

**CERTIDÃO N° 001/2018**

**CERTIFICO** para os devidos fins, que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/12/2017, solicitado pela Sra. Lidyene Moraes Dos Santos, consta que foi socorrido (a) por volta das 22h00min o Sr. Rodolfo Lacerda Martins RG. 003.356.197 SSP/PB, vítima de queda de moto, ocorrido na Rua Malhada Dos Alves, Comunidade Lagoa dos Estrelas, Sousa-PB. Que a guarnição do AR-32 estava composta pelo SD Sabrina (Chefe), SD Passos (2º Socorrista) e pelo SD Wesley (Condutor).

**RELATO DA GUARNIÇÃO:**

Ao chegar ao local da ocorrência, a vítima, o senhor Rodolfo Lacerda Martins, encontrava-se em decúbito dorsal, com provável fratura de tibia e fibula direita, foi estabilizado e conduzido ao Hospital Regional de Sousa, onde ficou aos cuidados médicos da equipe de plantão.

OBS 1: Segundo informações de curiosos, ele vinha conduzindo a moto e bateu num buraco perdendo o controle da mesma e caindo ao solo.

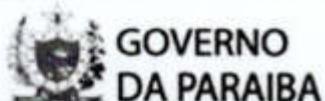
OBS 2: A vítima apresentava sintomas de embriaguez.

OBS 3: A moto foi levada do local enquanto a equipe (AR-32) prestava os primeiros atendimentos

Eu, Asp BM Itapuan Silva Barreto Mat.527.447-8, digitei a referida certidão, que vai assinada por mim e pelo comandante da unidade.

*Itapuan Silva Barreto*  
ASP. BM  
Matrícula: 527.447-8

SOUSA-PB, 04/01/2018



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 6º Batalhão de Bombeiro Militar  
Rua Sinfrônio Nazaré, nº 99. Estreito - CEP 58.800-240 - Sousa/PB  
Fone: (83) 3522-6361 / (83) 3522-6167 - E-mail: bombeiros.sousa@gmail.com

DOCUMENTO ORIGINAL

12 MAR. 2018

# 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: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: RODOLFO LACERDA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 00000061261-4

---

Nr. da Autenticação 68EBD9814E409BF0



**WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**  
RUA BAÚLIO SILVA, 88 / TERREO - ESTACAO  
SOLUSA / PB CEP: 58807262 (AG. 177)

Emissão: 20/11/2017 Referência: 10/2017  
Classe/tributo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE /  
Prazo: 10 - 177 - 105 - 1011 - NF medidor 00008744810

energisa

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Av. 200, Km 25 - Centro Residencial Jardim Praia da PB - CEP 58070-100  
CNPJ 00.000.000/0001-40 - insc. Est. PB 0001-49

Nota Fiscal / Código de Energia Elétrica (NPEE) 7.4.267  
Cód. para DBB Automática: 00012345603

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** | Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a                | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI         |
|----------------------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------|
| Nov / 2017                       | 20/11/2017   | 18/12/2017                       | 3139015461<br>Int. Est. |
| <b>UC (Unidade Consumidora):</b> |              |                                  | 514757550-7             |

### **UC (Unidade Consumidora):**

5/17/2009

### Canal de contacto

#### REFERENCES

**PREZARDO CLIENTE.**  
O valor não conta o item "COMPLEMENTO REALISTE TARIFARIO" que corresponde a cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação do Rincão do Humaitá, logotipo nº 2-291, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa

| Anterior                            |  | Atual         |          | Constante  |           | Consumo   |           | Dias          |           |              |        |
|-------------------------------------|--|---------------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|---------------|-----------|--------------|--------|
| Data                                | Leritura                               | Data          | Leritura |            |           |           |           |               |           |              |        |
| 19/10/17                            | 4030                                   | 20/11/17      | 4215     |            |           |           | 185       |               | 32        |              |        |
| CC1 - Descrição                     |  | Demonstrativo |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
|                                     |  | Quantidade    | Unidade  | Valor Base | ICMS      | Alq.      | Univ(R\$) | Base Cais.    | Pre(R\$)  | Consumo(R\$) |        |
|                                     |  |               |          | Tributos   | Trib(M\$) | ICMS(R\$) | ICMS      | Pre Cais(R\$) | ICMS(R\$) |              |        |
| 0801                                | Consumo em kWh                         | 185,000       | 0,754540 | 139,59     | 139,59    | 27        | 37,88     | 139,59        | 1,85      | 1,85         |        |
| 0801                                | Alq. B Vermelha                        |               |          | 12,52      | 12,52     | 27        | 3,38      | 12,52         | 0,17      | 0,77         |        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS              |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| 0807                                | CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA               |               |          | 10,88      | 0,00      | 0         | 0,00      | 0,00          | 0,00      | 0,00         |        |
| 0804                                | JUROS DE MORA 10/2017                  |               |          | 0,67       | 0,00      | 0         | 0,00      | 0,00          | 0,00      | 0,00         |        |
| 0805                                | MULTA 10/2017                          |               |          | 3,67       | 0,00      | 0         | 0,00      | 0,00          | 0,00      | 0,00         |        |
| 0806                                | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017          |               |          | 0,06       | 0,00      | 0         | 0,00      | 0,00          | 0,00      | 0,00         |        |
| 0809                                | COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO 10/2017 |               |          | 9,03       | 0,00      | 0         | 0,00      | 0,00          | 0,00      | 0,00         |        |
| CC1 Código de Classificação do Item |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
|                                     |  | TOTAL         |          | 125,42     | 152,11    | 41,08     | 152,11    | 2,05          | 9,31      |              |        |
| Média últimos meses (kWh)           |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| 27/11/2017                          |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| TOTAL A PAGAR                       |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| R\$ 175,42                          |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| Histórico de Consumo (kWh)          |  |               |          |            |           |           |           |               |           |              |        |
| 246                                 | 279                                    | 124           | 156      | 118        | 110       | 217       | 89        | 265           | 116       | 253          | 271    |
| Out/17                              | Set/17                                 | Agosto/17     | Jul/17   | Jun/17     | Maio/17   | Abri/17   | Mar/17    | Fev/17        | Jan/17    | Dez/16       | Nov/16 |

f85a 1f8c c83d ad73 ad1c 6feb dcdb6 a6db

### Indicadores de Qualidade

| Indicadores de Quantidade |       | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|---------------------------|-------|------------------|---------|----------------------|
| IC MENSAL                 | 12,54 |                  | 0,00    | NOMINAL 220          |
| IC TRIMESTRAL             | 25,08 |                  |         |                      |
| IC ANUAL                  | 3,55  |                  | 0,00    | CONTRATO AÚA         |
| IC MENSAL                 | 7,10  |                  |         | LIMITES ENERJ. 300   |
| IC TRIMESTRAL             | 14,20 |                  |         | LIMITES SUPERIOR 330 |
| IC ANUAL                  | 3,71  |                  | 0,00    |                      |

| Discriminações                    | Valor (R\$)   | %             |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| Serviços de Dist. da Energia e FB | 34,86         | 19,76         |
| Compras de Energia                | 50,14         | 28,58         |
| Serviços de Transportes           | 5,32          | 3,03          |
| Encargos Sistêmicos               | 8,80          | 5,47          |
| Impostos Diretos e Encargos       | 67,87         | 38,98         |
| Outros Serviços                   | 9,03          | 5,48          |
| <b>Total</b>                      | <b>175,42</b> | <b>100,00</b> |

Yahudat Elul 19 Ref. 30/11/84 7:00

## ATENÇÃO

- Medido com display acionado. Fator de saída: 100%.

**faturas em atraso**

17 MAR. 2018

## 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 WILDEMILTON ANDRADE FERreira inscrito (a) no CPF 031.390.154-61, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODOLFO LACERDA MARTINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.752.124-64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Rodolfo Lacerda Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.752.124-64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

|   |                                 |   |                         |
|---|---------------------------------|---|-------------------------|
| Endereço<br><u>Basílio Brilha</u>           | Cidade<br><u>Baixa</u>          | Número<br><u>89</u>                             | Complemento<br><u>-</u> |
| Bairro<br><u>Bustacão</u>                   |                                 | Estado<br><u>PB</u>                             | CEP<br><u>5880000</u>   |
| Email<br><u>Vanderlei.dpsreat@gmail.com</u> | Telefone comercial(DDD)<br>____ | Telefone celular (DDD)<br><u>(33) 991809410</u> |                         |

Baixa PB 28 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

WILDEMILTON ANDRADE FERreira  
Assinatura do Declarante

**HOSPITAL REGIONAL D.E.P. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
Sousa - PB.**

MAT: 123380

Nome: ROBERTO LIMA CORTEZ Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.º: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
D.N.: 3610511997 Est. Civil: C Resp.: ROBERTO LIMA CORTEZ M.º S.A.  
Rua: 5150 Lote 01, KM 01020 Cidade: GOIÁS Est.: PT-1  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_  
Data da Internação: 7/12/2014 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE:

### *Queixa Principal:*

*História da Doença Atual:* Fazia febre rotária de  
ciclos de 3 a 4 dias (sic).  
No final de cada ciclo febre desaparecia  
e o paciente se sentia bem.  
No 2º dia de febre desaparecia.

## EXAME FÍSICO:

Scalier d. 26<sup>o</sup> Isid. munt

## DIAGNÓSTICO:

### *Procedimento:*

C.I.D.

Dr. Antonio Eneas de Brito  
MÉDICO - CRM-SP  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
00-141-194-RT

12 MAR. 2018

Nome do Paciente

Nº Prontuário

128508

|                                 |                           |                   |         |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|---------|
| Data Operação                   | 30/3/14                   | Enf.              | Lelio   |
| Operador                        | Antônio Pagan Fernandes   | 1.º Auxiliar      | Adriano |
| 2.º Auxiliar                    | 3.º Auxiliar              | Instrumentador    |         |
| Anestesista                     | Rodrigo                   | Tipo de Anestesia |         |
| Diagnóstico Pré-Operatório      | Tumor de grande forma     |                   |         |
| Tipo de Operação                | Ressecção de tumor grande |                   |         |
| Diagnóstico Pós-Operatório      | Mastectomia               |                   |         |
| Relatório Imediato da Patologia | —                         |                   |         |
| Exame Radiológico no Ato        | —                         |                   |         |
| Acidente Durante a Operação     | —                         |                   |         |
| —                               |                           |                   |         |
| —                               |                           |                   |         |
| —                               |                           |                   |         |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Pote de 1000 ml de oxigênio
- 2) Assepsia - 90% 20% 10% 5%
- 3) Gás nitrogênio a nível de 100%
- 4) Tumor de grande forma com 10 cm de diâmetro
- 5) Pâncreas com 10 cm de diâmetro
- 6) Fígado + rins + fígado + rins
- 7) Visceris de fatores de alta pressão + maior
- 8) Cervel de 1000 ml de sangue
- 9) Fígado com 1000 ml de sangue
- 10) Nefro + fígado e sangue 1000 ml de sangue
- 11) Pâncreas
- 12) Sutura de 1000 ml
- 13) Cervel
- 14) Fígado

Dr. Anderson Pagan Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 1827 TEGT 24207

12 MAR. 2018



Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SÓSIA  
HOSPITAL REGIONAL DE SÓSIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

# HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: Isabel Letícia Idade: 02 Cor: Castanha Enfermaria: 02 Leito: 02 Categoria: Obesidade

| DATA     | PRESCRIÇÃO MÉDICA  | HORÁRIO                        | RELATÓRIO   |
|----------|--------------------|--------------------------------|---|
| 31/01/18 | U. Alto hospitalar | 14:00 - 15:00<br>16:00 - 17:00 | <p>Dr. Indalecião Pacelli Fernandes<br/>Ortopedia - Traumatologia<br/>Cirurgia do Joelho<br/>CRM 6827 TEOF 14237</p> <p>Dr. Indalecião Pacelli Fernandes<br/>Ortopedia - Traumatologia<br/>Cirurgia do Joelho<br/>CRM 6822 TEOF 14247</p> |

卷之三

12 MAR. 2018





12 MAR. 2018

لـ (۲) نـ دـبـلـمـاـ

45

17. 0 -  $\Delta C_{\text{max}} / \Delta \lambda$

3. *Opinion* *de* *l'opposition* *à* *l'ordre* *du* *jour*

Dr. J. M. D. G. S.

Mike - 10/10/06

professoren und ein Universitätsrat. H. A. C. Schlesinger, der in den Jahren 1880-1881 als Dozent für Geschichte und Geschichtsschreibung an der Universität Bonn unterrichtete, ist ebenfalls ein Vertreter der Geschichtsschreibung des 19. Jahrhunderts.

112

HOSPITAL REGIONAL DER MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
SOUSA - PB.

MAU: 128386

Name: Perito Lecanu M. P. J. Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.º: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
D.N.C. 30/05/1997 Est. Civil: C Resp: Ramona Lecanu de Souza  
Rua: 31 de Outubro Cidade: Sousa Est. P.C.: PE  
Médico assistente: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_  
Data da Internação: 22/12/2017 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: 23.

Queixa Principal:

*história da Doença Apurada:* Faculdade de medicina (fmc)  
de 2017 em 2018  
é paciente de  
do 2º semestre de 2018

EXAME FÍSICO:

psicopatologia

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

Dr. Antonio Ennas da Brito  
MÉDICO - CRM/CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
1234567890

12 MAR. 2018





**HOSPITAL REGIONAL DE SÓSIA  
ESTADO DA PARAÍBA**

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HOSPITAL REGIONAL DE SOUTO

12 MAR 2018

HOSPITAL REGIONAL DER MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
Sousa - PB.

MAP: 1838

Nome: LEONEL F. R. G. S. S. Série: 1 Bloco: 1 P.pt: 1 Clínico: 1  
Data: 26/03/1997 Es. Civil: 1 Resp: 1 P.pt: 1 Clínico: 1 P.pt: 1  
rua: 27 de Fevereiro 1000 Cidade: 1 Estado: 1 P.pt: 1  
Médico assistente: 1 Clínico: 1  
Data da internação: 27/12/1996 Peso: 1 Temperatura: 1 P.A.: 1

ANAMNESE: 23

Queixa Principal:

história da Doença Apres:

Facetas orbitas ab  
gaudo d recto (sic)  
e no edem macroad  
el periorbitas inferiores mut  
ao d 2004 d 16  
plop

EXAME FÍSICO:

Facetas d. ab. Total mut

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

Dr. Antônio Elias da Britto  
MÉDICO - OR/ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR 2018

HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
SOUSA - PB.

MAT.: 12338

Nome: Heitor Lecanda Almeida Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.º: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
D.N.: 30/05/1997 Est. Civil: C Resp.: Raimunda Lecanda de Souza  
Rua: 511 Cidade Industrial Cidade: So Est.: PM  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_  
Data da Internação: 27/12/2014 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: 23

Queixa Principal:

*Jaive faltas ab  
falta de arto (fisca)  
e m edem m edem de  
el remeis m eis drit  
po e faltas de pôlo*

EXAME FÍSICO:

*hisp*

*Scabas d vts lisas m*

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

Dr. Antonio Enes de Brito  
MÉDICO - CRM-PB  
01-159.741.194-87

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR. 2018

Nome do Paciente

Nº Prontuário

|                                   |   |      |                   |           |
|-----------------------------------|---|------|-------------------|-----------|
| Data Operação                     | 30/12/14                                    | Ent. | Leito             | 128308    |
| Operador                          | Indalecio Pacelli Fernandes                 |      | 1.º Auxiliar      | Francisco |
| 2.º Auxiliar                      | 3.º Auxiliar                                |      | Instrumentador    |           |
| Anestesista                       | Rafael                                      |      | Tipo de Anestesia |           |
| Diagnóstico Pré-Operatório        | Tumor do quadril fibroso D.                 |      |                   |           |
| Tipo de Operação                  | Osteosíntese de tumor do quadril fibroso D. |      |                   |           |
| Diagnóstico Pós Operatório        | Ortofibra                                   |      |                   |           |
| Relatório Imediato do Patologista | —   |      |                   |           |
| Exame Radiológico no Ato          | —   |      |                   |           |
| Acidente Durante a Operação       | —   |      |                   |           |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Pote em DDH sob rotação
- 2) Passagem de retover e recto
- 3) Cintilamento a nível da coxa
- 4) Incisão longitudinal no eixo da crista ilíaca fibroso
- 5) Visibilização do fôrmeno pélvico + hemostasia
- 6) Visibilização do fôrmeno pélvico + manobra de retractor sob escorpião
- 7) Colocação do plástico no nível do escorpião
- 8) Fixação do fôrmeno com fios de cortiça n.º 39 x 60, fixação e bolgues de 6-65 e 8-70
- 9) Sutura por planos
- 10) Cerrado
- 11) FPIA

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM nº 27 TEGT 34287

12 MAR 2018



# Relatório Médico

Paciente **Rodolfo Lacerda Martins**, 26 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x árvore) no município de Sousa- PB no dia 22/12/2017 com BO de número 034/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no terço proximal da tibia direita e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na perna direita com uso de tala gessada por 15 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em osso da perna direita com colocação de fixação com 01 placa de platina + 06 parafusos metálicos + 06 pinos metálicos, em seguida foi submetido a imobilização com uso de faixa de compressão por um período de 30 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 30 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 06/05/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Perna direita apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 30cm disposta em sentido longitudinal, localizada na face anterior da mesma (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional da perna direita.

Cajazeiras, 01.06.2018

Dr. Rodolfo G. Cartaxo

Medico

CREMEF 13-144

CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo

CRM: 8446 - PB

DOCUMENTO ORIGINAL

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 -- Centro-CEP: 58900-000  
Fone: (83) 3531-4469

18 JUN 2018

12 MAR 2018

VERBOSA  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LE. N.º 2.115 DE 28/08/03

110.752.124-64

DOSS. DE REGISTRO DE PESSOAS  
EST. DE MECENAL 1-A-32  
F-337 N-0-3835  
30/05/1992

DOSS. DE REGISTRO DE PESSOAS  
EST. DE MECENAL 1-A-32  
F-337 N-0-3835  
30/05/1992

DATA DE MASCUNHO

VALIDADE DA CARTA DE IDENTIDADE

VALIDADE DA CARTA DE IDENTIDADE

RODOLFO LACERDA MARTINS  
NASC. 000.256.197  
ENDERECO: Avenida Jardim  
Taubaté - SP - 12700-120  
DATA DE EMISSÃO: 12/06/2012

DOSS. DE REGISTRO DE PESSOAS  
EST. DE MECENAL 1-A-32  
F-337 N-0-3835  
30/05/1992

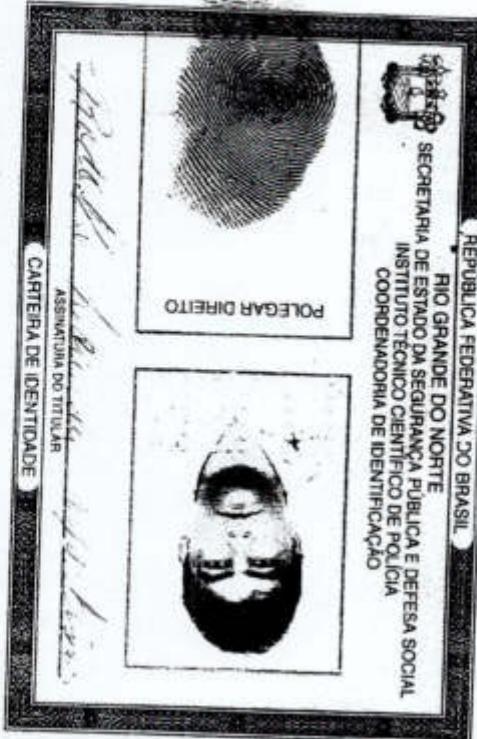
RODOLFO LACERDA MARTINS  
NASC. 000.256.197  
ENDERECO: Avenida Jardim  
Taubaté - SP - 12700-120  
DATA DE EMISSÃO: 12/06/2012

CÓDIGO DE CONTROLE  
7590.4747.136F.7BDC

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília)

as 09:20:14 do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



|  |  |
|--|--|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>ESTADO DA PARAÍBA</b><br><b>SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL</b><br><b>INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA</b><br><b>DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</b> P-121 |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b><br><small>ASSISTÊNCIA DISTRITAL</small>  |  |

12 MAR. 2018

|                                 |              |  |             |
|---------------------------------|--------------|--|-------------|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  |              | Nº 014427529810                                    |             |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES          |              | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |             |
| VIA                             | COD. RENAVAN | PERÍODO  | PERÍODO     |
| 1                               | 0082105809-6 | 2016/2000/06958-0                                  | 09/00000000 |
| MARENDELEY FRANCISCO DOS SANTOS |              | 2016   |             |
| CPF/CNPJ                        |              | PLACA  |             |
| 11013819491                     |              | MWT9671/PB   |             |
| PLACA ANT/UF                    |              | CHASSIS  |             |
| NOVO                            | PB           | 9C2JIC30104R075387                                 | GASOLINA    |
| ESPECIE TIPO                    |              | COMBUSTIVEL  |             |
| PAS/MOTOCICLE/MAO APPLC         |              | ANO FAB.   |             |
| HONDA/CG 125 TITAN KS           |              | ANO MOD.   |             |
| MARCAS/MODELO                   |              | CON. PREDOMINANTE                                  |             |
| CATEGORIA                       |              | 2003   |             |
| PARTIC                          |              | PRETA  |             |
| VENC. COTA UNICA                |              | VERM/CO/STAS                                       |             |
| COTA UNICA                      |              | 03/05/2016   |             |
| CAP/POV/OL                      |              | PRÉMIO TOTAL (R\$)                                 |             |
| 2 P/124 /CI                     |              | 2  |             |
| IPVA PAGO EM                    |              | 3*   |             |
| FAISCA IPVA                     |              | PRÉMIO TOTAL (R\$)                                 |             |
| A                               |              | 0  |             |
| PRÉMIO TARIFFA (R\$)            |              | DATA DE PAGAMENTO                                  |             |
| 4.444,44                        |              | 29/03/2016   |             |
| SEGURADO                        |              | OBSERVAÇÕES  |             |
| SIM RESERVA DE DOMÍNIO          |              | 0  |             |
| SOUSA - PB                      |              | LOCAL  |             |
| 17221                           |              | DATA   |             |
|                                 |              | 30/05/2016   |             |
|                                 |              | 15/01/16   |             |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>SEU DIREITO À SEGURANÇA</b><br/> <b>SEGURANÇA AUTOMOTIVA</b><br/> <b>SEGURANÇA PESSOAL</b><br/> <b>SEGURANÇA DO MEIO AMBIENT</b><br/> <b>SEGURANÇA DA PRODUÇÃO</b><br/> <b>SEGURANÇA DA CARGA</b><br/> <b>SEGURANÇA PESSOAS</b><br/> <b>SEGURANÇA TRANSPORTADAS</b><br/> <b>SEGURANÇA D'PVAT</b></p>   |  |
| <p><b>PB Nº 012427529810</b></p>   |  |
| <p><b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b></p>  |  |
| <p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br/> <b>11013819497</b> <b>2016</b><br/> <b>11013819497</b> <b>30/05/2016</b><br/> <b>11013819497</b> <b>PLACA</b><br/> <b>00821058096</b> <b>HEINAVAN</b> <b>MATRIZ / MODELO</b><br/> <b>00821058096</b> <b>HONDA/CG 125 TITAN KS</b><br/> <b>00821058096</b> <b>NO CHASSI</b><br/> <b>2003</b> <b>9</b> <b>9C2JJC30104R075387</b></p> |  |
| <p><b>EXERCÍCIO</b> <b>DATA EMISSÃO</b><br/> <b>2016</b> <b>30/05/2016</b></p>   |  |
| <p><b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p>   |  |
| <p><b>FINA (R\$)</b> <b>DEMAIS (R\$)</b> <b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b></p>  |  |
| <p><b>5*</b> <b>5*</b> <b>5*</b></p>   |  |
| <p><b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> <b>IOF (R\$)</b></p>  |  |
| <p><b>5*</b> <b>5*</b></p>   |  |
| <p><b>SEGURADO</b> <b>PERÍODO</b> <b>DATA DE VIGÊNCIA</b></p>  |  |
| <p><b>5*</b> <b>5*</b> <b>29/03/2016</b></p>   |  |
| <p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p>   |  |
| <p><b>CNPJ 09.248.250/0001-90</b><br/> <b>www.seguradoralider.com.br</b></p>   |  |
| <p><b>5102-230</b></p>   |  |
| <p><b>15016-1529049-20160530</b></p>   |  |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180112488      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO LACERDA MARTINS      **Data do acidente:** 22/12/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OMBRO E PLATO TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO/OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%/OMBRO DIREITO:50% DE 25% = 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%       | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros         | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%       | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>30 %</b> | <b>R\$ 4.050,00</b>   |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180112488      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO LACERDA MARTINS      **Data do acidente:** 22/12/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO EM 45° COM REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II. AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM COM MARCHA CLAUDICANTE AO DEAMBULAR COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS CANADENSES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM "L" COM PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/06/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 11/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO - CONDUTA MANTIDA.

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

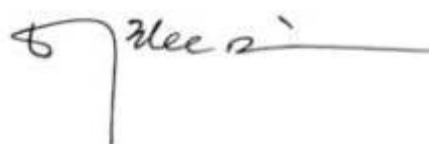
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: RODOLFO LACERDA MARTINS**, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, COM 25 ANOS DE IDADE, PORTADOR (A) DO RG-003356197 SSP/PB E CPF: 110.752.124-64., RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NO SITIO LAGOA DOS ESTRELAS, S/Nº, BAIRRO: AREA RURAL, SOUSA-PARAIBA. CEP 58800-000.

**OUTORGADO: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**, BRASILEIRO, CASADO, ESTUDANTE, RG-2526736-SSP/PB E CPF-031.390.154-61, RESIDENTE DOMICILIADO À RUA BASILIO SILVA, Nº86, ESTAÇÃO, TELEFONE: (83) 99180-9410, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual configura como vitima: RODOLFO LACERDA MARTINS.



*X Rodolfo Lacerda Martins*

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 23 DE FEVEREIRO DE 2018.

 **JOSÉ NEVES MOREIRA** Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Nunes  
Serviço Notarial e Registral Rua: Júlio de Castilhos, 04 - Centro - Sousa/PB  
CEP: 58800-000 - Fone: (83) 3521-2815  
Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

RODOLFO LACERDA MARTINS.....

En test. da verdade. Sousa-PB 23/02/2018 15:25:43  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVÃO  
2018-0420213000-R1 #9-48 FABRIN# 0,00 FEP3# 0,00 IRS# 0,00  
SELO DIGITAL: AGM78627-DVD  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*Francisco de S. Pedrosa Neto*  
Francisco de S. Pedrosa Neto  
Escrivão Autorizado  
3º Ofício Sousa-PB

DOCUMENTO ORIGINAL

12 MAR. 2018

**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: **3180112488**

Nome do(a) Examinado(a): **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**SITIO LAGOA DAS ESTRELAS, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58805-572**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SESPDS/RN** ] **003356197**

Data e local do acidente: [ **22/12/2017** ] **SOUSA PB**

Data e local do exame: [ **11/05/2018** ] **Cajazeiras [ PB ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 30/12/2017 COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

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

**AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (FLEXÃO LIMITADA A 35°) COM DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II. MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA. ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna DIREITA..**

**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 funcional do joelho direito**

**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):

**Joelho direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TELEF 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180112488      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO LACERDA MARTINS      **Data do acidente:** 22/12/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (FLEXÃO LIMITADA A 35°) COM DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II. MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA. ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNAS DIREITA..

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 30/12/2017 COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRASE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS               | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado      | Indenização pelo dano |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%         | R\$ 2.531,25          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>18,75 %</b> | <b>R\$ 2.531,25</b>   |

## PRESTADOR

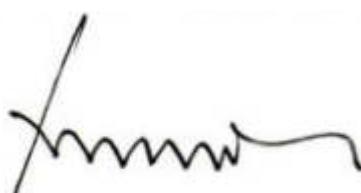
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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: **3180112488**

Nome do(a) Examinado(a): **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**SITIO LAGOA DAS ESTRELAS, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58805-572**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SESPDS/RN** ] **003356197**

Data e local do acidente: [ **22/12/2017** ] **SOUSA PB**

Data e local do exame: [ **22/06/2018** ] **Cajazeiras [ PB ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.***

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

***TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM "L" COM PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.***

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

***APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO EM 45° COM REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II. AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM COM MARCHA CLAUDICANTE AO DEAMBULAR COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS CANADENSES.***

**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 funcional do joelho direito***

**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):

**Joelho direito**

% 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.

**VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 11/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI  
REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO - CONDUTA MANTIDA.**

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TELEF: 14630



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB