

---

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**  
  
Nº Sinistro: **3180135746**  
Vitima: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**  
Data do Acidente: **17/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180135746**.

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, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

**Sinistro:** **3180135746**

**Vítima:** **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

**Data do Acidente:** **17/01/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**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 3180135746** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 18 de Abril de 2018

Carta n°: 12674405

A/C: MIGUEL ARAUJO BATISTA

Nº Sinistro: 3180135746  
Vitima: MIGUEL ARAUJO BATISTA  
Data do Acidente: 17/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**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: MIGUEL ARAUJO BATISTA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000000032593-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

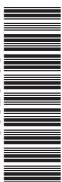
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800 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

711.191.444-93

Nome completo da vítima

Miguel Araújo Batista

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Miguel Araújo Batista	711.191.444-93	estudante
Endereço	Número	Complemento
Vila Nova Rod. PB. 230	51N	
Bairro	Cidade	Estado
Vila Nova	Baldas Brancadas	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Zeduardosilva@hotmail.com	58350-000	99312-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0922		00032593	1
(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 seguradora 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.

Local e Data

*baldas brancadas* de *maio* de *2017* PF JTOCOI 0

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPROVANTE DE PREVISÃO DA SIT

22 MAR. 2013

PROTÓCOLO  
AG 106

**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: 3180135746  
Nome do(a) Examinado(a): Miguel Araujo Batista  
Endereço do(a) Examinado(a): Rodovia Pb 230, S/N  
Vila Nova Caldas Brandao PB CEP: 58350-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4685876  
Data local do acidente: [ 17/01/2017 ]  
Data local do exame: [ 09/04/2018 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA TÍBIA DIREITA.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.  
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 20/06/2017**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

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

**(X) Sim**       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**       Não

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

**APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17008823B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA: JOSE SANDRO DE SOUZA OLIVEIRA/1069818	DATA/HORA: 17/01/2017 14:40
--	--------------------------------

**Na Rodovia**

MUNICÍPIO/UFP:

CALDAS BRANDAO/PB

BR: 230	KM: 82.7	SENTO:
------------	-------------	--------

DESCRITIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDICÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDICÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Aclive   Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



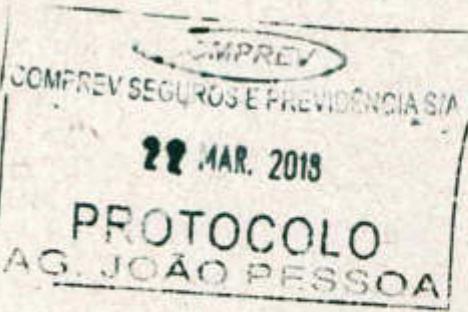
Sem Imagem

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



# MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17008823B01

STATUS:

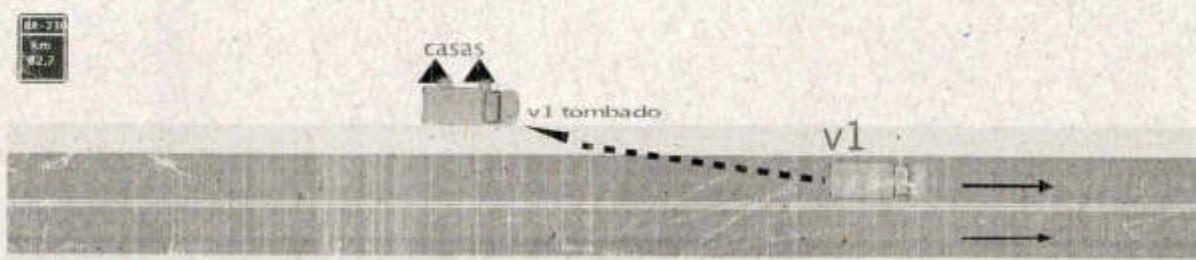
Encerrado

## DINÂMICA

### Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de Pista	V1

### Croqui



VILA NOVA DO CAJÁ - CALDAS BRANDÃO - PB

CAMPINA GRANDE

JOÃO PESSOA

### Narrativa

CONFORME AVERIGUAÇÕES REALIZADAS NO LOCAL DO ACIDENTE, OCORRIDO NO KM 82,7 DA BR 230, NA LOCALIDADE DE CAJÁ, NO MUNICÍPIO DE CALDAS BRANDÃO -PB, VERIFICAMOS CONFORME VESTÍGIOS E DECLARAÇÕES VERBAIS DA TESTEMUNHA E DO CONDUTOR DO V1; UM CAMINHÃO VW/16.170 DE PLACAS: MNB-4409/PB, QUE O V1 SEGUIA SEU FLUXO NORMAL, E POR APRESENTAR ALGUM PROBLEMA MECÂNICO, PAROU SOBRE A RODOVIA E EM SEGUIDA, PASSOU A DESCER DE MARCHA A RE, JÁ QUE NO LOCAL EXISTE UM PEQUENO DECLIVE, TENDO O CONDUTOR SALTADO DO VEÍCULO, E ESTE VEÍCULO DESGOVERNADO, SAIU DA PISTA E TOMBOU COM A CARGA, ATINGIDO DUAS CASAS QUE FICAM ÀS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO DANOS PARCIAIS NAS MESMAS, E CAUSANDO FERIMENTOS EM DUAS PESSOAS QUE SE ENCONTRAVAM EM UMA DELAS. OBS: FORAM QUEBRADOS DOIS POSTES DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, PERTENCENTES A CONCESSIONÁRIA DE ENERGIA.



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17008823B01  
  
**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MNB4409	MARCA/MODELO: VW/16.170 BT	ANO FABRICAÇÃO: 1997
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Caminhão		
CHASSI: 9BWYTAGF2VRB02812	RENAVAM: 00683137352	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSENILDO SERGIO DA SILVA	CPF/CNPJ: 581.836.044-04
--	-----------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITABAIANA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CARGA DE TIJOLOS	
ENCAMINHAMENTO	
MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: DEPÓSITO DA TRANSGUARD EM SANTA RITA - PB.	

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO: 	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO: 
Sem Imagem	Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA IMPREV COMPROV SE ROSE PREVIDÊNCIAS/A 22 MAR. 2018
---	--

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17008823B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V1 / MNB4409 / VW/16.170 BT</b>	EN VOLVIMENTO: <b>Condutor</b>
NOME: <b>JONAS GALDINO DE ARAUJO</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>26/01/1990</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: <b></b>	CPF: <b>082.176.204-40</b>
ESTADO CIVIL: <b></b>	ÓRGÃO EXPEDIDOR: <b></b>
	NOME DA MÃE: <b>EUNICE GALDINO DA SILVA</b>

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: <b>RUA SAO PEDRO</b>	NUMERO: <b>419</b>
COMPLEMENTO: <b>CASA</b>	BAIRRO: <b>POPULAR</b>
MUNICÍPIO/UF: <b>SANTA RITA/PB</b>	
TELEFONE: <b>83 - 986198136 / 993872984</b>	EMAIL:

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: <b>Habilitação Nacional</b>	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: <b>D</b>
MOTORISTA PROFISSIONAL: <b>Não</b>	Nº DO REGISTRO: <b>05283994780</b>	UF: <b>PB</b>
DATA DA PRIMEIRA HABILITACAO: <b>23/08/2011</b>	VALIDADE DA CNH: <b>27/09/2018</b>	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

15

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: <b>Ileso</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>Ignorado</b>	
USAVA CAPACETE: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>	
ETILOMÉTRO DISPONÍVEL: <b>Sim</b>	RESULTADO DO TESTE: <b></b>	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: <b>Não</b>

DESCRÍÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>
--	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

**FOI SUBMETIDO AO TESTE DE ETILOMÉTRO, COM RESULTADO IGUAL A 0,00 PARA O USO DE ÁLCOOL.**

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES

IMAGEM DE DECLARAÇÃO



Sem Imagem



Sem Imagem



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERATIVA  
RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17008823B01  
  
**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO: Pedestre	
NOME: JOSE ANTONIO BATISTA	CPF: 062.739.944-47	DATA DE NASCIMENTO: 23/09/1980
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA DO CARMO DA SILVA	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ	NUMERO: S/N
COMPLEMENTO: CALDAS BRANDAO/PB	BAIRRO: VILA NOVA DO CAJÁ

MUNICÍPIO/UF: CALDAS BRANDAO/PB	TELEFONE:	EMAIL:
------------------------------------	-----------	--------

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
ETILOMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRÍÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:	VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------	---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:  
MORADOR DE UMA DAS CASAS ATINGIDAS PELO VEÍCULO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL POR UMA EQUIPE DO SAMU.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:  Sem Imagem
--	---



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17008823B01  
  
**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO	ENVOLVIMENTO:
	Pedestre
NOME: MIGUEL ARAÚJO BATISTA	CPF: 711.191.444-93
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	DATA DE NASCIMENTO: 11/04/2001
ESTADO/CIVIL:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
	SEXO: Masculino
	NOME DA MÃE: ROSÍNEIDE CARNEIRO DE ARAUJO

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ	NUMERO: S/N
COMPLEMENTO:	BAIRRO: VILA NOVA DO CAJÁ

MUNICÍPIO/UF: CALDAS BRANDAO/PB
------------------------------------

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
ETILOMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRÍÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:	
VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:  
MORADOR DE UMA DAS CASAS ATINGIDAS PELO VEÍCULO. SOCORRIDO PARA O HOSPITAL POR UMA EQUIPE DO SAMU.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:  Sem Imagem
--	---



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17008823B01  
  
**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO	EN VOLVIMENTO: Testemunha
NOME: JOSE LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA	CPF: 098.803.867-60
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	DATA DE NASCIMENTO: ORGÃO EXPEDIDOR:
ESTADO CIVIL:	SEXO: NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ	NUMERO: S/N
COMPLEMENTO: VIZINHO A BORRACHARIA MUTUCA	BAIRRO: VILA NOVA DO CAJÁ
MUNICÍPIO/UF: CALDAS BRANDAO/PB	

TELEFONE: 83- 987128090	EMAIL:
----------------------------	--------

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:  Sem Imagem
--	---

COMPARECER SE FOR SE PREVISTO DIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17008823B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO V1 / MNB4409 / VW/16.170 BT	NUMERO DO BAT. 17008823B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE: JOSE SANDRO DE SOUZA OLIVEIRA/1069818	DATA/HORA: 17/01/2017 14:40

Item	Nome da Peça	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA: Média
-----------------------------



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17008823B01

STATUS:  
Encerrado

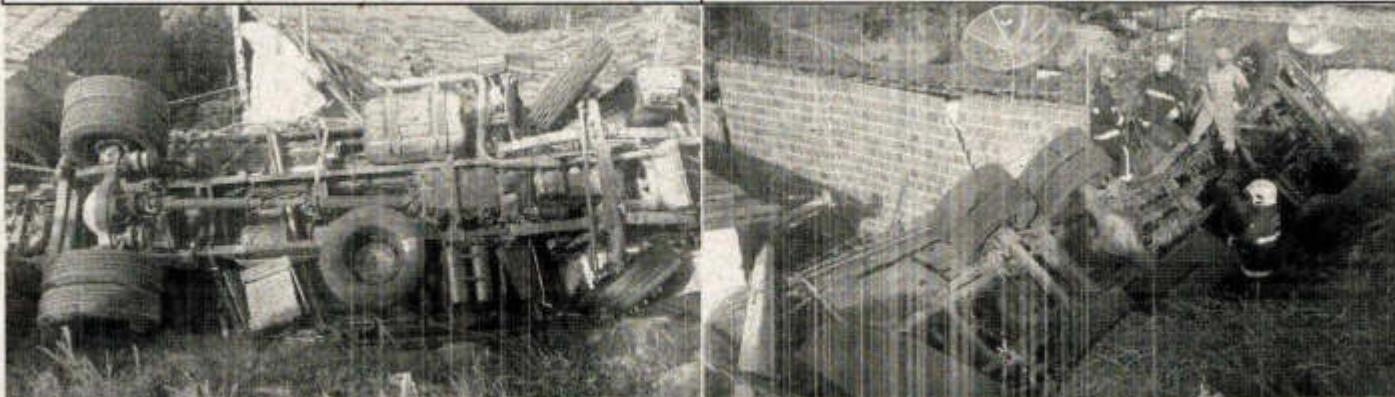
FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIAS

22 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



# 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: 12/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MIGUEL ARAUJO BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000032593-1

---

Nr. da Autenticação E0BC9164AA1F24A4

PE DTOCCI O

22 MAR. 2018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Fatura Mensal	Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamento
Número do Cartão: 526655XXXXXX3655 Atendimento a Clientes: 400496009 Demais Localidades: 0800 94096005	28/10/2017	R\$ 50,00	R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo de desconto é de R\$ 5,00.

encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,00.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE/PE  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIARA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211367021 988668 21000044754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Passegem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo	Cidade/Pais	Valor US\$	Crédito/Débito
data	Valor Original	Valor Cotação	
13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
Subtotal Nacional			
JOSE EDUARDO DA SILVA 5266965XXXXX3655			
Movimentações Nacionais			
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04			
Subtotal Nacional			

Total Nacional  
Total Internacional  
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Cadeia

Saldo Disponível	Pontos a Espar
22276	1230

Encargos  
UNITA  
TODA  
VALOR

2,00 %

1,00 %

0,01 %

## 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miguel Araújo Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 731.191.444-93 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Miguel Araújo Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 731.191.444-93, 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 <u>Vila Maria Rosa</u>	Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Alamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99842-1170</u>

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Local e Data

Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO**

**REC. 1 MAR. 2010**

**COMPROV. SE. ROSENBERG - CJA. SIA**



## CERTIDÃO

Nº. 0254/2017

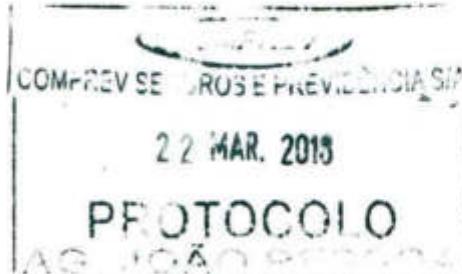
Atendendo solicitação de ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAUJO, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº908826, pertencentes ao menor **MIGUEL ARAUJO BATISTA** que foi atendido dia 17/01/2017 às 16h22min, vítima de capotamento, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Medicado e liberado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-004 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
Fax: (83) 3214-1111 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 922601 Atd: Nao Reg  
Data: 17/01/2017  
Hora: 16:22:58  
Recepção: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001479

Nome: MIGUEL ARAUJO BATISTA  
CNS: SEM CNS Sexo: M OUTROS: 1640960337200001 Fone: 91851381  
Natural: GURINHEM/PB Data Nasc.: 11/04/2001 Id: 15 ano(s)

End.: RUA DODOVIA BR , 230  
Bairro: CENTRO Cidade: CAJA UF :PB  
Pai: ANTONIO BATISTA  
Mae: ROSINEIDE CARNEIRO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: WASHINGTON LUIZ PEREIRA DE OLIVEIRA CHAVES

Tel/Doc. Responsavel: / IDENTIDADE: 2541075

Procedencia: BAIRRO VILA NOVA CAJA

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CAPOTAMENTO HJ AS 15/30 PROX DA FAZENDA MICHELIN

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

**FATURADO**

**FATURADO**

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA--

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Saída Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Ana Paula Carvalho  
CRM-PB

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Frat. ossos da perna ①

Horário da medicacão  
COMPRESSA FRÍA E REVOLVULAS

Prescrição

22 MAR. 2019

Vladimir A. Coussens

Ortopedia e Traumatologo

TEOT-SBOT-7225

Dr. Igor Nunes da Senna  
Ortopedia e Traumatologo  
CRM-PB 5203  
Tutor

② Frat. ossos da perna ③  
③ Observação por Dr. Daniel Batista Avaleante  
MEDICO CRM 9248 PB

PROTOCOLO

Dr. Raver

# Orthopedic

Vida de accidente de corona  
apresentado para en juicio

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

W.D. Frater tibia ♂

to RTO concerned

Desarragó por 6 h.

return c/f d/s.

Dr. Daniel Braga Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 9248 PB

*M. Rose*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ctde: Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

## **PROCEDIMENTO REALIZADO**

030101007-2

030100

ପ୍ରକାଶନିକା

## DESTINO DO PACIENTE

## Residencia

Transferido

[ ] Desistencia

! Alta a pedido

-----

-----

-----

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**

0301060067



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Miguel Araújo Botelho</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>02/03/17</b>	DATA DE ALTA <b>16/03/17</b>			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fx des ossos pernas D</b>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b></b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <b>Considerações gerais</b>					
PRINCIPAIS EXAMES <b></b>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>Iso cirúrgico</b>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA <b>Cetadol 2000</b>					
ANATOMIA PATHOLÓGICA <b></b>					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA <b></b>					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO <b>Paciente realizou tratamento</b>					

DIETA:	<b>lavr.</b>					<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lavi-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, <b>sobre proceder imediatamente este Complexo Hospitalar.</b>							
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<b>Bepilex 1000</b>						
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____					para retirada de pontos. em 30 dias para revisão.	
<b>16/03/17</b>		<b>DATA</b>		<b>COMPARECER Á RUS E PREVISÃO DE DATA</b>			
				<b>22 MAR. 2017</b>			
Esta documenta destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						<b>TOCOLO</b>	





PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO MUNICIPAL DE AMBULÂNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO A OCORRÊNCIAS DA AMBULÂNCIA MUNICIPAL

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO E PACIENTE

Data: 17/01/2017	Horário: 14:30	Local da ocorrência: Vila Nova		
Paciente: Miguel Araújo Batista				Rua: Vila Nova - Saldos Brancos
Nome da mãe: Rosimide Carmine Araújo				Bairro: Centro
Idade: 16 anos	Data de Nascimento: 11-04-01	Sexo: M	CNS: 16409603372000	Tel. Contato:
PA: 110x50	Temperatura: —	FC: 64 bpm	PR: 18 rpm	Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Reativas a luz <input type="checkbox"/> Ínicio reativas a luz <input type="checkbox"/> Outras: _____

HISTÓRICO CLÍNICO / SITUAÇÃO DO PACIENTE

Paciente consciente, orientado, quitando-se de dizer, apresentando edema e suspeita de pneumonia em H.I.D. Poco mímico ao H. Visceral. sem intenções.

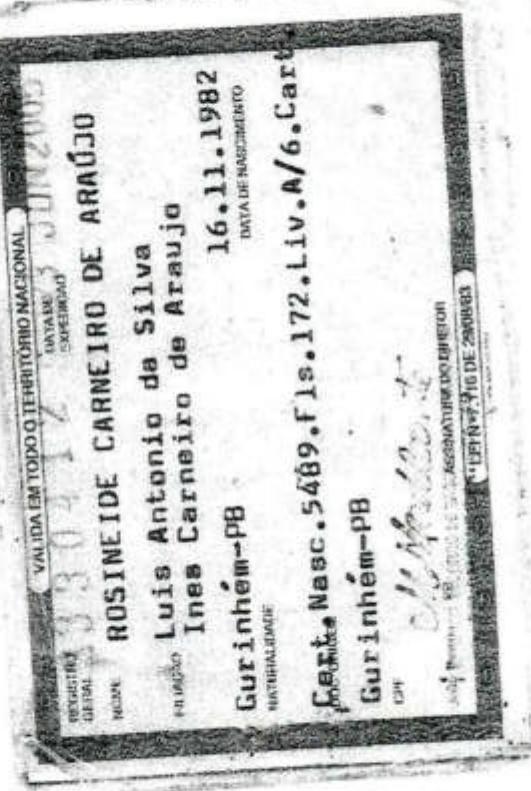
DESTINO DO PACIENTE

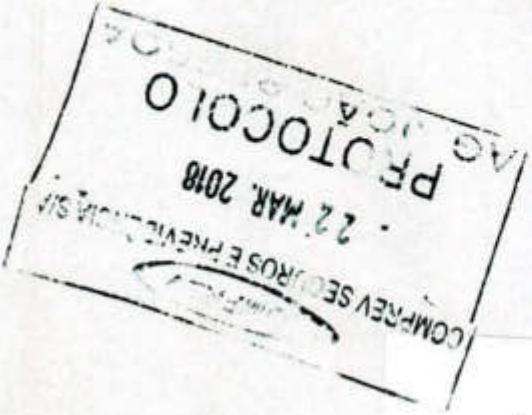
Destino: Hospital Outpatiento	Data da Saída:	Hora da Saída:
Motivos / Observações: _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DADOS DA EQUIPE

Assinatura e COREN da Enfermeira (c): Jeronima Maria COREN: 435.611	Nome e COREN do Téc. De enfermagem: COMPREV SEC. ROSE E PREVIL 22 MAR. 2010	Condutor: João
---	---	-------------------

Data da ocorrência: 17/01/2017	Horário da ocorrência: 14:30	Placa da Unidade Móvel: Nº 6: 2452
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA FABRA/BA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

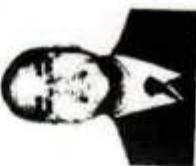
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JÁDO PESSOA, F. S. 1.054 452 - Sampaio  
Estado de São Paulo - Brasil  
Nº 107, Rua São Francisco, Centro  
CEP 01040-002 - São Paulo - SP

12576



TELEGRAMA DE TERRITORIO NACIONAL 05701485



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180135746      **Cidade:** Caldas Brandão      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIGUEL ARAUJO BATISTA      **Data do acidente:** 17/01/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 03/04/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

## **OUTORGANTE:**

Assinante carreiro de Araujo  
brasileiro(a), estado civil Easada, profissão  
Agricultra, CI RG nº 3330412  
CPF/MF nº 087.367.834-63, residente e domiciliado(a) à Rua  
Vila Nossa - Rod. PB- 230, 51n,  
Cidade de Calda Brando, Estado  
Paraíba, CEP: 58350-000, telefone  
993261057, \* 98663-4900-99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E FAMILIAIS	Reconhecimento(s) Firmado(s)
	<u>Ednealdo Alves de Paiva - Oficial</u>
	<u>Em Testemunha: Ednealdo Alves de Paiva Junior - Substituto</u>
	<u>Ednealdo Alves de Paiva - Oficial</u>
	<u>Ednealdo Alves de Paiva Junior - Substituto</u>

Baldas Branda, 17 de maio de 2017.

OUTORGANTE

Selo Digital NER 85 P12-11112  
Consulte a autenticidade em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>