

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLISÃO MOTO-ANIMAL,NO DIA 17/04/2017,SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB , SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO,POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO,MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017.APRESENTA PE TORTO CONGÊNITO EM PE ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PE ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/09/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.

Médico examinador: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

CRM do médico: 8215

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLISÃO MOTO-ANIMAL,NO DIA 17/04/2017,SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB , SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO,POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO,MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017.APRESENTA PE TORTO CONGÊNITO EM PE ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PE ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/09/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.

Médico examinador: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

CRM do médico: 8215

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

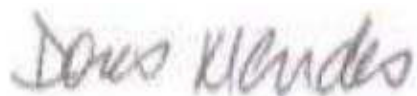
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FLAVIO DANIEL NORBERTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: 3146.786 SSP/PB

CPF: 056.949.184-36

Profissão: FUNÇÃOARIO PUBLICO

Endereço: RUA AMAURI ARAUJO DE VASCONCELOS, TRÊS IRMÃS

CEP: 58.424-715 RES. MAJOR VENEZIANO JV, BLOZ AP. 103

Telefone 8398781-2810

CAMPINA GRANDE/PB

OUTORGADO:

Nome: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: J.939.268 SSP/PB

CPF/CNPJ 028.037.344-94

Profissão: ASSISTENTE

Endereço: RUA CAICO 66 - MALVINAS - CAMPINA GRANDE/PB

CEP: 58.433-187

Telefone 83 99382-1646

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o 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 o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a Vítima:

FLAVIO DANIEL NORBERTO

CAMPINA GRANDE/PB 12/07/18

Local e data

Flavio Daniel Norberto

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



Selo digital: AHA33774 - 2851
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.spb.jus.br>

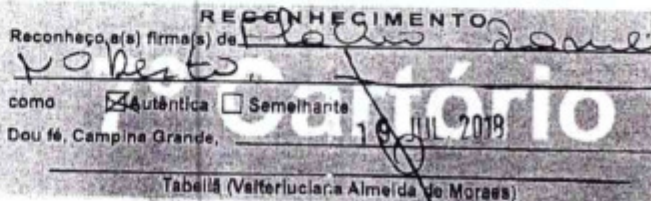
Selo Notarial - 7º Cartório



7º Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manuel Juvino, nº 231 - Centro - CEP: (83) 3341.1752 - Campina Grande - PB
7cartoriosdeoficias@gmail.com

☐ Tabelião - Valtériuciana Almeida De Moraes



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Nº Sinistro: **3180343707**

Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Data do Acidente: **17/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343707**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13191706



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Nº Sinistro: **3180343707**
Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343707**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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** 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, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Sinistro: **3180343707**
Vítima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

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 3180343707** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Sinistro: **3180343707**
Nome do(a) Examinado(a): **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AMAURY ARAÚJO DE VASCONCELOS IV nº SN - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3146786 - SSP**
Data e local do acidente: **17/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB**
Data e local do exame: **17/09/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

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

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-ANIMAL, NO DIA 17/04/2017, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO, POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO, MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017. APRESENTA PE TORTO CONGÊNITO EM PE ESQUERDO.

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

APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PE ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

☐ 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): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.

Médico Perito: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS CRM:8215/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 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

056.949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLAVIO DANIEL NORBERTO		CPF titular da conta 056.949.184-36	Profissão FUNC. PÚBLICO
Endereço RUA PROJETADA / COND. MAJOR JENEZIANO		Número S/N	Complemento BL02 APT0 103
Bairro DAS CIDADES	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.424-715
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

0041

D/V

CONTA
NRO.

320703

D/V

(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

26 JUL 2018

CAMPINA GRANDE, 17 de abril de 2018

Local e Data

RECEBIDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SABEMI SEGURADORA

26 JUL 2018

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 com 16 ou 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

056. 949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLAVIO DANIEL NORBERTO		CPF titular da conta 056. 949.184-36	Profissão FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço RUA AMAURI ARAUJO DE JASCONCELOS		Número S/N	Complemento BLOCO 2 APTO 103
Bairro TRÊS IRMÃS	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.424-715
Email —		Telefone (DDD) 83 49382-1646	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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. CP. 013

0041

D/V

CONTA NRO.

00320703

D/V

5

(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA GRANDE, 16 de AGOSTO de 2018

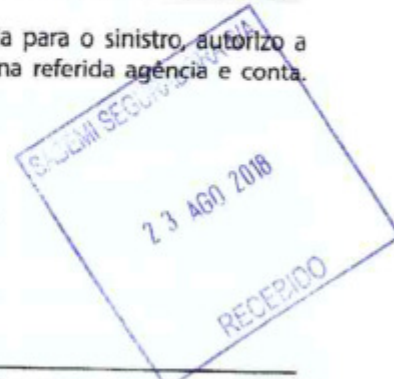
PARAÍBA

Local e Data

Flavio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00205.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/04/2017

Hora: 18:09:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Francisco Lopes de Almeida, Santa Cruz, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Flávio Daniel Norberto

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Fátima Norberto e Francisco Daniel Norberto

Idade: 33

Data de Nascimento: 24/02/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Santa Luzia

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Servidor Público Municipal

Documentos(s) de Identificação: CPF nº null

Endereço: Rua Amauri Araújo de Vasconcelos, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Res. Major Vezeniano IV, Bloco, 02 APTº103

Telefone: (83) 98843-6281

TESTEMUNHA

Nome: Ravel da Silva Maia

Conhecido por: Não informado

Filiação: Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia

Idade: 33

Data de Nascimento: 10/05/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Frentista

Documentos(s) de Identificação: RG nº 2957103 SSP/PB

Endereço: Rua- Belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98896-8582



9



TESTEMUNHA

Nome: Rayla da Silva Maya

Conhecido por: Não informado

Filiação: Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia

Idade: 26

Data de Nascimento: 17/03/1991

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Op. de Tg

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 015.976.424-60

Endereço: Rua-belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98621-9244



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo BIZ 125 EX, tipo de veículo motoneta, cor Cinza, ano 2012, placa MOW-2862, chassi 9C2JC4830CR010736, renavam 0045199621-6

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 EX, Ano/Modelo 2012/2012, cor cinza, Placa MOW-2862-PB, Chassi de Nº 9C2JC4830CR010736, licenciada em nome de Ravel da Silva maia, quando trafegava na rua Francisco Lopes de Almeida, bairro Santa Cruz, momento em que um animal atravessou correndo a via, tendo colidido contra o citado animal, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Pilão Tibial na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 07 de julho de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

FLÁVIO DANIEL NORBERTO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



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

FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF da Vítima

056.949.184-36

Data do Acidente

17/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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.

C. GRANDE, 17 de ABRIL de 2018
Local e Data

Flavio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Flávio Daniel Norberto**, vítima de acidente de trânsito no dia 17 de Abril de 2017, aproximadamente às 18hs09min, End: R. Francisco Lopes de Almeida – Santa Cruz, sendo o paciente atendido e removido ao Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 06 de Julho de 2017.

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

Loyane Figueiredo Cavalcanti
COORD. ENFERMAGEM SAMU - CG
COREN 287291



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: 20/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO DANIEL NORBERTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000320703-5

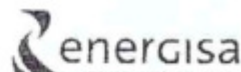
Nr. da Autenticação 2C015B311DFFFEA2

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento para segunda via de conta

Atenção: para qualquer pagamento, consulte o valor da conta e o valor da multa. Nº 001.297.731



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alto Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.628.596/0001-05 Insc Est. 18.003.830-1

DADOS DO CLIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO

RUA AMARILY ARAUJO VASCONCELOS SN MV 4 BL 02 AP 103 BAIRRO TRÊS IRMÃS - CEP. 58.424-715
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/242385-3

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

26/06/2018

CONSUMO

98

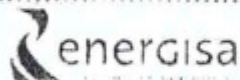
VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

Acesse: www.energisa.com.br



ENERGISA S/A

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Roteiro: 15-401-848-1730

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/07/2018

VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

MATRÍCULA

242385-2018-06-0



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável por cobranças.

Modelo para impressão em papel A4. Para mais informações consulte o site www.energisa.com.br Nº 001.263.455



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 220 - KM 156 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.626.566/0001-86 Insc.Est. 16.603.339-1

DADOS DO CLIENTE

VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
RUA CAICO, 86 - BAIRRO DAS MALVINAS - CEP. 58.433-187
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78290-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2018	22/06/2018	21	29/06/2018	R\$ 17,87

Acesse: www.energisa.com.br



VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
Roteiro: 13-401-700-3090
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2018

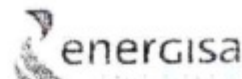
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/06/2018	R\$ 17,87	78290-2018-06-1



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento emitido pela Sabesp
Este documento não pode ser utilizado para
cancelamento de débitos ou para fins de crédito

Nº 001.297.731



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.828.595/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO
RUA AMAURY ARAUJO VASCONCELOS S/N MV 4 BL 02 AP 103 BAIRRO TRÊS IRMÃS - CEP. 58.424-715
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/242385-3

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

26/06/2018

CONSUMO

98

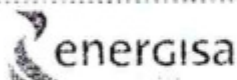
VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

Acesso: www.energisa.com.br



FLAVIO DANIEL NORBERTO

Roteiro: 15-401-848-1730

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/07/2018

VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

MATRÍCULA

242385-2018- 06-0



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAVEL DA SILVA MAIA
 Portador do CPF 051.888.864-99, e RG 2952103 SSP/PB
 Residente e domiciliado RUA BELEIN, 100
 Bairro SANTA CRUZ, na cidade CAMPINA GRANDE, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade e que na data
 do acidente ocorrido encontrava-se com a vítima FLAVIO DANIEL NORBERTO,
 cujo o condutor era FLAVIO DANIEL NORBERTO

VEÍCULO	MOTOCICLETA
ANO FAB/MOD.	2012/2012
MARCA/MOD.	HONDA BIZ 125 EX
PLACA	MOW 2862 PB
CHASSI	9C2JC4830CR 010736
DATA DO ACIDENTE	17/04/2017

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Ravel da Silva Maia
 Assinatura do Declarante

Flavio Daniel Norberto
 Assinatura do Condutor

Reconhecer firma por AUTENTICIDADE



Setor digital: 60413775 - 8NW9
 Consulte a autenticidade em:
<https://seledigital.spb.jus.br>

Senão Tabelado - 7º Cartório

7º TABELIONATO DE NOTAS
 Dr. Valter Alciana Almeida De Moraes
 7º Oficial de Notas - Serviços Notarial
 Rua Major Manoel do Carmo, 21 - Centro - Fone: (33) 3341.1762 - Campina Grande - PB
 7cartorio7denotas@gmail.com

☐ Tabela ☒ Valter Alciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
 Reconheço a(s) firma(s) de Ravel da Silva
Maia
 como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
 Dou fé, Campina Grande, 19 JUL 2018
 Tabelião (Valter Alciana Almeida De Moraes)



RECEBIDO

26 JUL 2018

SABEMI SEGURODORA S/A

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS

1009236169

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FLAVIO DANIEL NORBERTO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSAO: 3146786 PB

DATA NASCIMENTO: 24/02/1984

CPF: 056.949.184-36

RENHAÇÃO: FRANCISCO DANIEL NORBERTO MARIA DE PATIHA NORBERTO

AC: ACC

CE: AB

1ª EMISSÃO: 08/04/2014

VALIDADE: 03/12/2018

05041451444

Observações: G M

Assinatura do Titular: *Flavio Daniel Norberto*

Assinatura do Provedor: *[Assinatura]*

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSAO: 15/04/2015

80563055018

PB030527406

ASSOCIACAO DO PROVEDOR

ASSOCIACAO DO PROVEDOR

DETRAN-PB (PARAIBA)

1009236169

ANUENCIO PLASTIFICAR

RECEBIDO
26 JUL 2018
SABEMI SEGURADORA S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3146786 DATA DE EXPEDICAO 19/08/03

NOME FLAVIO DANIEL NORBERTO

FILIAÇÃO Francisco Daniel Norberto

Mãe de Fátima Norberto

Santa Luzia-PB.

NATURALIDADE Santa Luzia-PB.

DATA DE NASCIMENTO 24.02.1984

Cert. Nasc. 5394, Fls. 17v, Ltv. A-08

DOC ORIGEM Cart. de Santa Luzia-PB.

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 234

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Foto

Impressão digital

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANCITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 WALKEMBY LIMA DE ARAUJO

DOC. IDENTIFIC. - CNH - EMISSAO EM
 199268 SSP PB

CPF - DATA DE NASCIMENTO
 028.037.348-94 06/03/1979

RAÇA
 VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO
 WALKEMBY LIMA DE ARAUJO

PERMITE O COND. DE VEICULO
 AUTOMOBILISTA

1ª EXPIRACAO 02/04/2002

2ª EXPIRACAO 13/11/2017

3ª EXPIRACAO 02/04/2002

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
 591084919

PROIBIDO PLASTIFICAR
 591084919

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSAO
 14/11/2002

ASSINATURA DO DETRAN
 ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - PB (PARAIBA)

SABEMI SEGURADORA S/A
 26 JUL 2018
 RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO TÍBIA (FIXADOR EXTERNO LINEAR), PLATÔ TIBIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Marcelo de Toledo Fernandes Terrigno

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO TÍBIA (FIXADOR EXTERNO LINEAR), PLATÔ TIBIAL

Sequelas permanentes: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA COM RELATA DE FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA(TORNOZELO), BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ATO DECLARATÓRIO INFORMA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00