



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581371

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data do Acidente: 27/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581371

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data do Acidente: 27/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581371

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data do Acidente: 27/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180581371**

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data do Acidente: 27/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000078680-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **3180581371**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIXA nº 128 - CENTRO - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1735959 - SSP**

Data e local do acidente: **27/11/2016 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **16/01/2019 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

acidente de moto com politraumatismo. fratura de escápula e do processo espinhoso. fratura da diáfise da fibula perna esquerda. traumatismo crânio encefálico leve.

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

tratamento conservador das fraturas do ombro esquerdo , e crânio; imobilização na perna e medicação. Evoluiu sem complicações. Alta médica.

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

perna esquerda - não há edema, não há cacofo. Apresenta anquilogia de tornozelo esquerdo. sem movimentação, sem rotação, flexão e extensão. Porém não apresenta documentação ou histórico que permita formação de nexo com a fratura sofrida; escápula esquerda - artrose. limitação leve da abdução do ombro.

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:

**deficit funcional leve no ombro esquerdo
sem sequelas neurológicas**

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):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

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.

OBS: NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE DA ANQUILOGIA DE TORNOCOLO DESCrita COM ACIDENTE -

Médico Perito: MARCIA PAULA PORTO CRM:2501/PB

Marcia Paula de Souza Porto

Marcia Paula M. M. Porto
Cirurgia Médica
Medicina do Trabalho
CRM 2501

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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

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

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : NF014.166.733



EST. 1949 ENERGISA PARAÍBA
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 235, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58171-660
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Insc. Est. 16.315.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Acesse: www.energisa.com.br



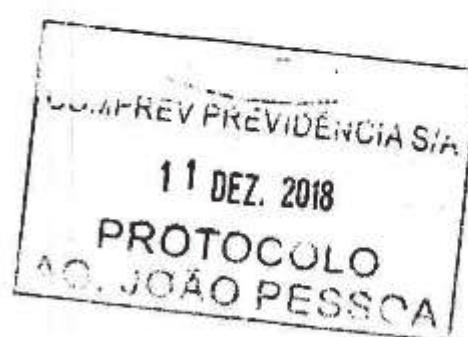
RESOLVE AQUI

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Rotulo: 07-001-409-3140

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/10/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/10/2018	R\$ 701,74	280012-2018-10-5





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 1600 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 raias, 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").

Nome do Seguro do APL

CPF da Vítima

907 672 254-49

Nome completo da vítima

Pedro Sérgio Domingos Soares

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Pedro Sérgio Domingos Soares 907 672 254-49 preceptor de vendas

Rua Antônio Lomere de Paiva

128

Apt 307-B

Brummane

PB

CEP

Email

Telefone (DDD)

Declaro: sou proprietário da casa e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO 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

ACIMA DE R\$ 3.000,00

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

BRADESCO (217) BANCO DO BRASIL (003) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos):

BANCO

Nº

AGÊNCIA

1033

CONTA

00078680 7

AGÊNCIA

CONTA

Nº

(informar dígito de conta)

(informar dígito de conta)

(informar dígito de conta)

(informar dígito de conta)

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.

P. Soares 05 de 12

Local e Data

2018
COMPREV

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAPPE001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00693.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00693.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:21 horas do dia 05 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Pedro Sérgio Domingos Soares**, CNH nº 03142727477, CPF nº 907.672.254-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Promotor de Vendas, filho(a) de Josefa Domingos Soares e Ivanildo Barbosa Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1975 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Antônio Carneiro de Paiva, Nº 180, complemento APTº 206, BC. B, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99323-0608.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua João Maria de Araújo, Upa do Parque do Sol, João Pessoa/PB, bairro Valentina de Figueiredo; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/11/16 18:30h. Tipificação: em tese, capitalizada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 27.11.2016, por volta das 18h30, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR AZUL, ANO 2004/2004, PLACA MNE3567/PB, CHASSI 9C2KC08204R026547, DE PROPRIEDADE DE PEDRO SÉRGIO DOMINGOS SOARES, onde na garupa estava sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIA DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NATURAL DE GURINHÉM/PB, CASADA, CAIXA, FILHA DE JOSÉ BERNARDO DA SILVA E DE ANA LÚCIA DA COSTA SILVA, RG. 1.589.681 SSP/PB, CPF. 827.162.344-34, residente no mesmo endereço do noticiante, supracitado, quando transitavam pela Rua João Maria de Araújo, Valentina de Figueiredo, nesta capital, ao passarem por um cruzamento próximo à construção da nova UPA foram atingidos na parte dianteira esquerda por outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BROS, não identificada; Que devido ao fato veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DR^a JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIA DE OLIVEIRA veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DR^a JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelo SAMU; Que o outro motociclista machucou-se no rosto e também foi socorrido ao Hospital de Trauma, onde o mesmo apresentava sintomas de embriaguez; Que a BPTRAN esteve no local; Que não deseja representar criminalmente.

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


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


11 DEZ. 2018
João Pessoa/PB, 05 de abril de 2017.
PROTÓCOLO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA
NOTIFICADO
Pedro Sérgio Domingos Soares
PEDRO SÉRGIO DOMINGOS SOARES
Noticiante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Pedro Henrique Domingos Soares CPF da Vítima 907.672.254-49 Data do Acidente 27/11/2016

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.

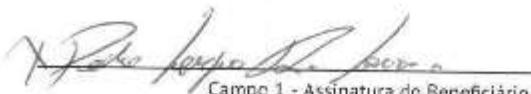
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

11 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AO. JOÃO PESSOA

João Pessoa 05 de 12 de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 30/11/2016
Kelson Lincoln de Almeida Vieira
3º MBL QOBM - Mat. 522.829-3
Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 28 de Dezembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 508/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/11/2016, conforme requerimento nº 513/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 18h35min o/a Sr.(a) **PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES** CPF N° 907.672.254-49, vítima de acidente de trânsito (colisão moto x moto), ocorrido na Rua João Maria de Araújo, Valentina, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **GABO BM** Denis Lima de Souza, Matrícula 521.611-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando dor no tórax. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurgão Leônio Pinheiro** - SD BM, Mat. 523.935-07 (Assinatura) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitalizo a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Eliude Bruno Freitas Santiago
Ten. QOBM
Mot. 523.685-1
Chefe da 3ª Seção

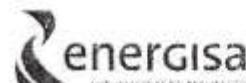
11 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
REV PREVIDÊNCIAS/

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : NF014.166.733



EST. 1949 ENERGISA PARAÍBA
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 235, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58171-660
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Insc. Est. 16.315.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

REFERÊNCIA

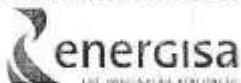
APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Acesse: www.energisa.com.br



RESOLVA AQUI

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

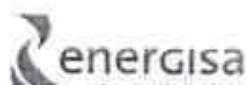
Rotulio: 07-001-409-3140

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/10/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/10/2018	R\$ 701,74	280012-2018-10-5



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento tem valor fiscal.

Documento não é segundário de conta.

Valido para todos pagamentos da conta fornecida na energia elétrica N° 016.412.883

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cachorro Redondo - João Pessoa / PB - CEP 52071-600
CNPJ 09.005.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CONTA

RAMAYANA FERREIRA FERNANDES DA COSTA,
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA SIN AP 300
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR



RAMAYANA FERREIRA FERNANDES DA COSTA

Roteiro: 18-005-641-2730

83800000001-5 04370149000-5 17306922018-9 11600005019-9

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

09/12/2018

R\$ 104,37

TOTAL A PAGAR

17306922018- 11-6



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana da Silva Gómez, inscrito (a) no CPF/CNPJ 048079 624,69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Sérgio Domingos Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907 672-254,49, do sinistro de DPVAT cobertura incidência, da Vítima Pedro Sérgio Domingos Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907 672-254,49, 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	Número	Complemento
<u>Rua da República</u>	<u>390</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PB</u>	<u>58010-180</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(83)98873-0310</u>

f. Pessoa, 10 de 12 de 2018
Local e Data

Floriana da Silva Gómez
Assinatura do Declarante

11 DEZ. 2018
Data de assinatura

PROTOCOLO
REC. JCAO PESSOA



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
DATA DE NASCIMENTO	29/06/75
NOME DA MÃE	JOSEFA DOMINGOS SOARES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	963.895
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	27/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V 22 + T 02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, RESGATADO POR BOMBEIROS, COM QUEIXA DE DORES EM OMBRO ESQUERDO, EM QUADRIL ESQUERDO E Perna ESQUERDA, COM SUSPEITA DE FRATURAS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE OMBRO ESQUERDO- FRATURA DE ESCÁPULA

TC DE OMBRO ESQUERDO- FRATURAS NO PROCESSO ESPINHOSO E NO CORPO DE ESCÁPULA

BY DO TORNOZELO DIREITO

RX DO TORNOZELO DIREITO

RX NA PERNAS ESCUERDA- FRATURAS NA DIÁFISE DA FIBULA

RX DE TÓRAX

RX DE RACIA

TC DE CLAVICULA- RELATO COT- FRATURA DE CLAVICULA SEM DESVIO

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR NCR COM TCE LEVE + AVALIAÇÃO COT COM TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS NO OMBRO ESQUERDO + IMOBILIZAÇÃO + MEDICAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 27/11/2016 ÅS 23:35 H

DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017

People

Drº. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/RR

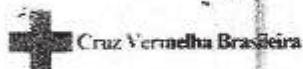
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

11 DEZ. 2018

PROTOCOL

040 PESSOA

NCR



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 963895



Identificação do paciente

ID 1110310	Nome PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/06/1975	Idade 41 anos 4 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe JOSEFA BARBOSA SOARES				Pai IVANILDO BARBOSA SOARES
Escolaridade MEDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987553075		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58050040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
Número SN	Complemento		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 27/11/2016 19:38:42	Número da pulseira 1000004664962	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TOMOGRAFIA TIPO ... <u>AMBUL</u> E DATA ... <u>27/11/16</u> HORA ... <u>21:52</u> NOME TÉC. RAD: <u>HZG</u> ASS.: <u>PF</u> </div>		
Atendido por CARLA FREDERICA LINS			

Imprimir

ASS.: PF

21/12

27/11/2016 19:40



Primeiro Atendimento Médico



1000094664962 BE.: 963895
PEDRO SÉRGIO DOURADOS SOARES
DT. NASC.: 28/06/1975
PARE: JOSEFA BARBOSA SOARES

B
END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. S/N - MANGABEIRA
JNHO PESSOR
FONE: ()
CELULAR: (83) 987553075
IDADE: 41
DT. ENTRADA: 27/11/2016 15:38:42

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Promoveu o trauma de alta velocidade
por impacto de automóvel de passageiro.*

EXAME PRIMARIO

VIAS () Périvas () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

- () Presente e normal
- () Rude
- () Diminuído
- () Ausente

- () Presente e normal
- () Rude
- () Diminuído
- () Ausente

2 - RUIDOS

() sim

() Não

HTD

- Roncos
- Sibilos
- Estertores

- Roncos
- Sibilos
- Estertores

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreageente

() Parassadas

() Isocôricas

() Anisocôricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5 Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4 Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3 Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2 Flexão anormal (decorticado)
		Nenhuma / Nenhuma	1 Extensão Anormal (decerebração)
TOTAL:	15		Nenhuma



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000169573

Idade: 41 anos

Paciente: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA BACIA

Textura e morfologia óssea conservadas.

Ausência de traços evidentes de fratura com desalinhamento significativo.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este layout foi liberado em 29/11/2016 12:52.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

CRM-5839



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004664962 BE.: 963895
PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
DT. NASC.: 28/06/1975
MIRE: JOSEFA BARBOSA SOARES

END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. SN - MANGABEIRAS
JORDA PESSOA
FONE: (83) 987553875
CELULAR: (83) 987553875
IDADE: 41
DT. ENTRADA: 27/11/2016 18:38:42

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/11/16	21:30	<p>#Orta pectoral</p> <p>Paciente entra devido a - fractura friso encoberto com dor a obtrusão esquerda + quadril (R) + perna (L)</p> <p>Rx encoberto - fratura de esôfago (R) e fratura de fíbula (L)</p> <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TC abro (R) - Rx farragoso (L) (R) - Avaliação PCR <p>Dr. Daniel Braga Cavalcante MÉDICO CRM 9248 PB</p> <p>Ortopedista Dr. Vitorio</p>

27/11/16	23:25	<p>#Orta pectoral</p> <p>Volta volta de CDI com TC decidido pra feira de Olá' que sem dúvida é o melhor de tratar muito conservador. Rx farragoso bilateral em fraturas</p> <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTO conservador - placa de Orta pectoral <p>...AFREV PREVIDÊNCIAS...</p> <p>11 DEZ. 2018</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>AC. JOSÉ PESSOA</p>
----------	-------	--



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000169702

Idade: 41 anos

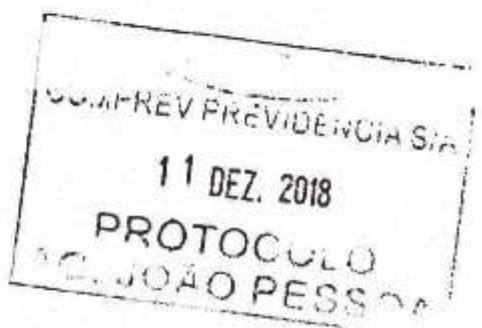
Paciente: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA Perna ESQUERDA

Fraturas na diáfise da fibula.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:34.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO



NOME
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

MEMBRO
14540

PLAQUE
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

ESTADOCAP

JOÃO PESSOA-PB

RG

2871190 - SSP/PB

RESOLUÇÃO DE INSCRIÇÃO E ELEIÇÃO

SIM

Hoje

DATA DE PATECIMENTO

15/12/1984

CP

048.079.624-63

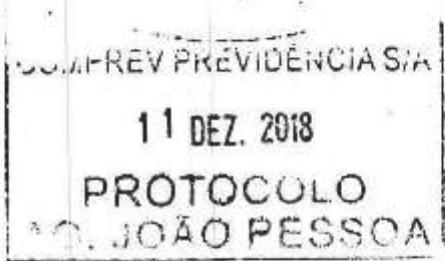
PLA

CLASSE/OU

01 12/01/2009

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

PROFESSOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581371 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA E DO PROCESSO ESPINHOSO. FRATURA DA DIÁFISE DA FÍBULA Perna ESQUERDA. TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.

Descrição do exame físico: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO; SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DO OMBRO ESQUERDO , E CRANIO;IMOBILIZAÇÃO NA Perna E MEDICAÇÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO. ALTA MÉDICA.
 Perna ESQUERDA - NÃO HÁ EDEMA, NÃO HÁ CACIFO. APRESENTA ANQUILOSE DE TORNOZELO ESQUERDO. SEM MOVIMENTAÇÃO, SEM ROTAÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO. PORÉM NÃO APRESENTA DOCUMENTAÇÃO OU HISTÓRICO QUE PERMITA FORMAÇÃO DE NEXO COM A FRATURA SOFRIDA; ESCÁPULA ESQUERDA - ARTROSE. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO DO OMBRO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.
 - OBS: NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE DA ANQUILOSE DE TORNOZELO DESCRITA COM ACIDENTE -

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581371 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA E DO PROCESSO ESPINHOSO. FRATURA DA DIÁFISE DA FÍBULA Perna ESQUERDA. TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO LEVE.

Descrição do exame físico: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO; SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DO OMBRO ESQUERDO , E CRANIO;IMOBILIZAÇÃO NA Perna E MEDICAÇÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO. ALTA MÉDICA.
Perna ESQUERDA - NÃO HÁ EDEMA, NÃO HÁ CACIFO. APRESENTA ANQUILOSE DE TORNOZELO ESQUERDO. SEM MOVIMENTAÇÃO, SEM ROTAÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO. PORÉM NÃO APRESENTA DOCUMENTAÇÃO OU HISTÓRICO QUE PERMITA FORMAÇÃO DE NEXO COM A FRATURA SOFRIDA; ESCÁPULA ESQUERDA - ARTROSE. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO DO OMBRO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.
- OBS: NÃO HÁ COMO ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE DA ANQUILOSE DE TORNOZELO DESCRITA COM ACIDENTE -

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581371 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA ESCAPULA E CLAVÍCULA À ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &#SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581371 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA ESCAPULA E CLAVÍCULA À ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Pedro Sérgio Domingos Soares

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: sóteiro

Identidade: 17 359 59

CPF: 907.672.254-49

Profissão: promotor de vendas

Endereço: Rua Antônio Correia de Faria, nº 128, aptº 307 B

CEP:

Telefone: (83) 99198-1953 / 9932 30608

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Lóimoro

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: sóteira

Identidade: 267 1190

CPF: 048.079.624-69

Profissão: advogada

Endereço: Rua da República, nº 390, Centro

CEP: 58030-180

Telefone: (83) 98873-0310

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 as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, 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: Pedro Sérgio Domingos Soares

João Pessoa, 29/11/2018

Local e data

1º OFÍCIO
DISTRITAL

x Pedro Sérgio Domingos Soares

Assinatura do OUTORGANTE

11 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
JOÃO PES

[Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro]



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA DUCAS DE CUNHA, 830 - BLOCO 01 - 5º ANDAR - 50020-001 - JOÃO PESSOA - PB - FONE: (83) 3222-1000

Reconheço Por Autenticidade a Firma de PEDRO SÉRGIO DOMINGOS SOARES, [116188], J. Pessoa-F8, 29/11/2018

12:40:51 Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,90,

ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA DESMO PEREIRA SILVA. Selos Digitais AN/74452-2710 Consulte em

<https://selodigital.jpb.jus.br> cartorioceleida.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446602/18

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

CPF: 907.672.254-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2016

PEDRO SERGIO
DOMINGOS SOARES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES : 907.672.254-49

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446602/18

Número do Sinistro: 3180581371

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

CPF: 907.672.254-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2016

PEDRO SERGIO
DOMINGOS SOARES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES : 907.672.254-49

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA