



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, retorne 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 cranio encefálico leve.

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

tratamento conservador das fraturas do ombro esquerdo, e cranio; Imobilização na perna e medicação. Evoluiu sem complicação. Alta médica.

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

perna esquerda - não há edema, não há caxifo. 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.

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Sem sequela permanente

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

b) Havendo dano corporal segmentar 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 ESTABELECEER NEXO DE CAUSALIDADE DA ANQUILOSE DE TORNOZELO DESCRITA COM ACIDENTE -

Médico Perito: MARCIA PAULA PORTO CRM:2501/PB

Marcia Paula M. Porto

Marcia Paula M. Porto
Clínica Médica
Medicina do Trabalho
Médica 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 da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 014.146.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58211-880
CNPJ 09.085.583 / 0201-60 Insc. Est. 15.815.823-0

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



SEPARQUE AQUI

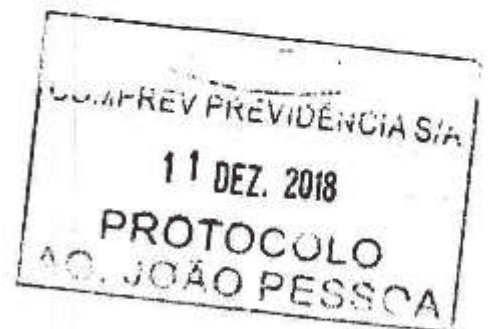
ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Telefone: 07-001-409-3140

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

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRICULA

26/10/2018 R\$ 701,74 280012-2018-10-5



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").

Mostrar o Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

907 672.254-49

Nome completo da vítima

Pedro Sergio Domingos Soares

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Pedro Sergio Domingos Soares

CPF titular da conta

907 672.254-49

Profissão

premotor de venda

Endereço

Rua Antônio Carneiro de Azevedo

Nome

128

Complemento

Apt 301-B

Cidade

Guamama

Estado

Pernambuco

UF

PB

CEP

51000-000

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo copia 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (003)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1033

D/V

CONTA

00078680

D/V

7

(informar dígito no código)

(informar dígito no código)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

BANCO

Nome

IBR

AGÊNCIA

Nome

D/V

CONTA

Nome

D/V

(informar dígito no código)

(informar dígito no código)

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.

J. Pessoa 05 de 12

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

2019
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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) no(a) Rua Antonio 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) Fatos:

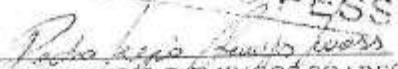
Local: Rua João Maria de Araújo, Upa do Parque do Sol, João Pessoa/PB, bairro Valentina de Figueiredo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/11/16 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 SERGIO DOMINGOS SOARES, onde na garupa estava sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS 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 DRª 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 FARIAS DE OLIVEIRA veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª 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 resto e também foi socorrido ao Hospital de Trauma, onde o mesmo apresentava sintomas de embriaguez; Que a BPTAN esteve no local; Que não deseja representar criminalmente.

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


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
Noticiante

Procedimento Policial: 00693.01.2017.1.00.420



VISTO EM: 30/12/16

Klenston Lima de Almeida Vieira
3.º M.º Q.º BM - Mat. 522.829-8
Comandante do BAPH


**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

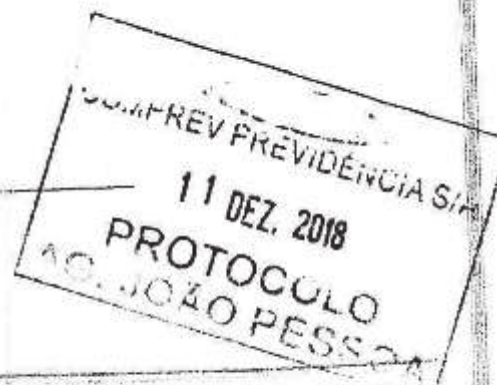
João Pessoa-PB, 28 de Dezembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 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 SÉRGIO DOMINGOS SOARES** CPF Nº 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 **CABO 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 Gurjão Leônico Pinheiro**, SD BM, Mat. 523.935-0 (Gurjão Leônico) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Elide Bruno Pinheiro Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

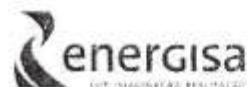
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (85) 3242-8044 / (85) 3216-3751 / (85) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crephbbs@bombeiros.pb.gov.br

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 014.146.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58211-880
CNPJ 09.085.183 / 0201-60 Insc. Est. 15.815.823-0

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



SEPARQUE AQUI

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 07-001-409-3140

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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRICULA

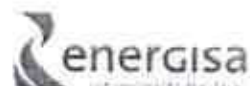
26/10/2018

R\$ 701,74

280012-2018-10-5



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável pela conta

Receito para emissão pagamento da rede localizada na energia elétrica Nº 016.412.883

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

RAMAYANA FERREIRA FERNANDES DA COSTA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA SN AP 306
JOÃO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Acesse: www.energisa.com.br



RAMAYANA FERREIRA FERNANDES DA COSTA

Roteiro: 18-005-641-2760

83600000001-5 04370149000-5 17306922018-9 11600005019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/12/2018	R\$ 104,37	1730002-2018- 11-8



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Gomes, inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Sergio Domingos Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.672.254/49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Pedro Sergio 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

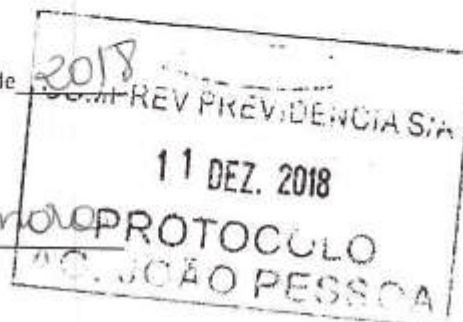
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua da Republica</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

João Pessoa, 10 de 12 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Gomes
Assinatura do Declarante





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
RX DO TORNOZELO DIREITO
RX DO TORNOZELO ESQUERDO
RX NA PERNA ESQUERDA- FRATURAS NA DIÁFISE DA FÍBULA
RX DE TÓRAX
RX DE BACIA
TC DE CLAVÍCULA- RELATO COT- FRATURA DE CLAVÍCULA SEM DESVIO.

TRATAMENTO

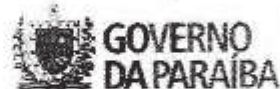
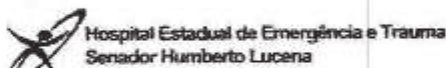
PACIENTE AVALIADO POR NCR COM TCE LEVE + AVALIAÇÃO COT COM TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS NO OMBRO ESQUERDO + IMOBILIZAÇÃO + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 27/11/2016 ÀS 23:35 H
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





ACOLHIMENTO, sn -- 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	CBOR		

Endereço

CEP 58058040	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	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	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
Melo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por CARLA FREDERICA LINS						

Imprimir

CONFREV PREVIDENCIA S/A

11 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA

TOMOGRAFIA

TIPO ... AMBULANCIA

DATA ... 27/11 11 11

HORA ... 21 : 52

Tempo
02min 39seg

NOME TEC. RAD. ... HZG

ASS. ... J



Primeiro Atendimento Médico

100004664962 BE.: 963895
PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
DT. NASC.: 28/06/1975
MRE: JOSEFA BARBOSA SOARES

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

8 END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. SM - MANGABEIRA
JORN PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 967553075
IDADE: 41
DT. ENTRADA: 27/11/2016 15:38:42

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Prontuário clínico de paciente com trauma
por queda de altura em varanda

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pervas ☐ Obstruídas

AÉREAS ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: ☐ imp SaO₂ ☐ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: ☐ bpm PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ☐ mm)

Escala de Glasgow:

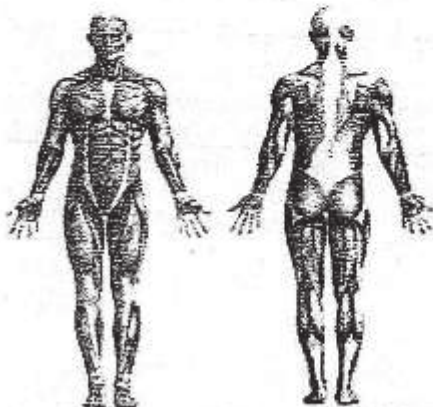
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encrassado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Grau de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☒ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVO

HORAS: _____

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

Dr. Daniel Basso Cavalcante

MÉDICO

CRM 92487-0

Dr. Gustavo Carlos Cavalcante

Neurocirurgia

CRM-PB: 8600

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



**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 laudo foi liberado em 29/11/2016 12:52.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



100004664962 BE.: 963895
PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
DT. NASC.: 29/06/1975
MRE: JOSEFA BARBOSA SOARES

END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. SN - MANGABEIRA
JORN PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 987553076
IDADE: 41
DT. ENTRADA: 27/11/2016 18:38:42

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/11/16	21:30	#Ortopedia Paciente chega de ambulância com fratura evoluída com dor a atitudes de repouso + quadril @ + perna @ Rx evidenciando fratura de húmero @ e fratura de fêmur @ CD: - TC @ - Rx fêmur @ @ - Avaliação PCR Dr. Daniel Braga Cavalcante MÉDICO CRM 9248 PB Ortopedia Dr. Vinícius
27/11/16	23:25	#Ortopedia Paciente chega de CPI com TC evidenciando fratura de húmero sem deslocamento possível de manter em posição conservadora. Rx fêmur bilateral sem fraturas CD: - TIO conservadora. - plts de Ortopedia Dr. Daniel Braga Cavalcante MÉDICO CRM 9248 PB Ortopedia Dr. Kren

COMPREV PREVIDÊNCIA S.

11 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA



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

Atendimento: 000000169702

Idade: 41 anos

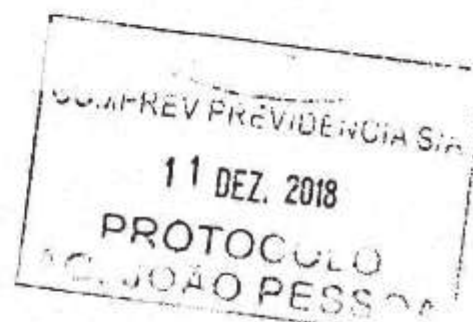
Paciente: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA PERNA ESQUERDA

Fraturas na diáfise da fíbula.

** 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

146880151

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

146880151

PROIBIDO PLASTIFICAR

146880151

PARAIBA

Nome: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Documento: 1735959

CPF: 907.672.254-49

Data Nascimento: 29/06/1975

Filiação: IVANILDO BARBOSA SOARES JOSEFA DOMINGOS SOARES

Permissão: []

ACC: []

CATIA: []

Validade: 06/01/2022

Exatidão: 07/07/1997

Observações:

Assinatura do Registrado: []

Local: JOAO PESSOA, PB

Data Emissão: 28/03/2017

Assinatura do Registrado: []

59897545400

98033087119

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA FAMILIA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

FILIAÇÃO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
15/02/1984

CPF
2671190-8

CPF
048.079.624-03

PROVA DE RESIDÊNCIA E RESIDÊNCIA
JOÃO PESSOA-PB

SIN
12/11/2009

ASSINATURA
JOSE MARIO PORTO JUNIOR

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 3.329/6)

ASSINATURA DO PORTADOR
Flaviana da Silva Câmara

RESERVAÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 DEZ. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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.

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelae: 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

Valoração 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

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

Valoração 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 Sergio Domingos Soares
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 17 359 59
CPF: 907.672.254-49
Profissão: promotor de vendas
Endereço: Rua Antonio Carneiro de Lencastre, nº 128, aptº 307 B
CEP: _____
Telefone: (83) 99198-1953 / 9932 30608

OUTORGADO:

Nome: Flaviana de Silva Joâmora
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
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 Sergio Domingos Soares

1º OFÍCIO
DISTRITAL

João Pessoa, 29/11/2018

Local e data

Pedro Sergio Domingos Soares

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de PEDRO SERGIO

DOMINGOS SOARES, [116188], J. Pessoa-F8, 29/11/2018

12:40:51 Emol R\$9,48 Farpens R\$0,28 Fepi: R\$1,90,

ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO

PEREIRA SILVA, Selo Digital AN/74452-Z7T0 Consulte em

<https://selodigitalvtipb.jus.br>

COPIA REV. PREVIDEN

11 DEZ. 2018

PROTOCOL
JOÃO PESS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446602/18

Vítima: PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

CPF: 907.672.254-49

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 27/11/2016

Titular do CPF: PEDRO SERGIO
DOMINGOS SOARES

CPF de: Próprio

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 27/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO SERGIO
DOMINGOS SOARES

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA