

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10683879

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10684131

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta n°: 10858746

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta n°: 10955600

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro: 3170147688 ASL-0074738/17
Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA
Data Acidente: 15/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2017

Carta n°: 11011199

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro: 3170147688 ASL-0074738/17
Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA
Data Acidente: 15/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 000000066868-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta n°: 11234004

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

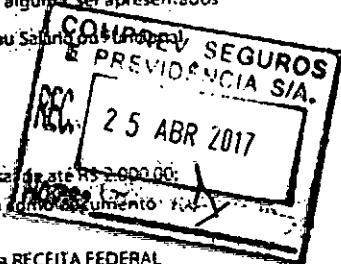
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PEDRO FELIPE DE SOUSA, PORTADOR(A) DO RG N° 20036283580, EXPEDIDO POR SSP/CE, EM 10/04/14 E CPF 056.014.73-34 /CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO Autônomo, RENDA MENSAL DE R\$ SEUZO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PEDRO FELIPE DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRÉSTADAS.

(*) A Circular Susep n° 345/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME; ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL (atenção para o limite de movimentação financeira mensal);
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento e/ou comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO: 1041 N° da AGENCIA (com dígito, se existir): 1834 N° da CONTA (com dígito, se existir): 013.000.66868-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO: 1041 N° da AGENCIA (com dígito, se existir): 1834 N° da CONTA (com dígito, se existir): 013.000.66868-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO, O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

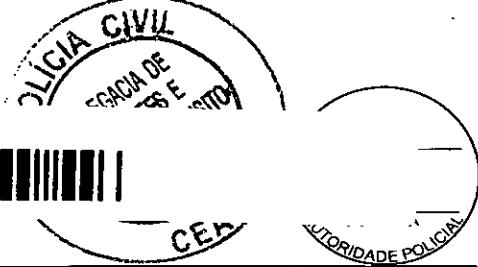
10/04/2016 de Dezembro de 2016
LOCAL E DATA

Pedro Felipe de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

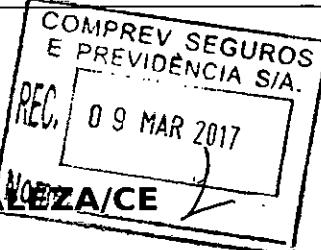
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 8606 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2016 14:51:15**
Data / Hora da Ocorrência: **15/10/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOIANESA**
Complemento:
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **ESTAÇÃO DE GENIBAU**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PEDRO FELIPE DE SOUSA**
Nascimento: **24/08/1957** CPF: **146.112.443-34**
RG: **20076283580** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO**
MANUEL FELIPE DO CARMO
Endereço: **RUA SÃO MARCOS, 93**
Bairro: **CONJUNTO SÃO MIGUEL**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.640-060**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98990-9571**



Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HVQ3220** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC250WVR010545** Renavam: **686073614** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **PEDRO FELIPE DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSI4345** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9BWAA05W8EP037820** Renavam: **594453216** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANA ALDALICIA DE A MOTA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HVQ-3220/CE QUANDO UM CARRO DE PLACA OSI-4345 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Pedro Felipe Soz



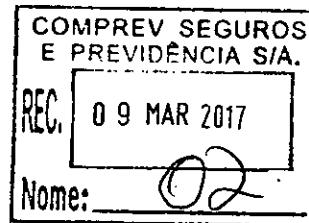
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 8606 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PEDRO FELIPE DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 20076 e inscrito no CPF/MF sob o nº 146.112.443-34, residente e domiciliado na STO. MARCOS - C.S. 93 - FORTALEZA - CE, Cidade FORTALEZA, Estado CEARÁ, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

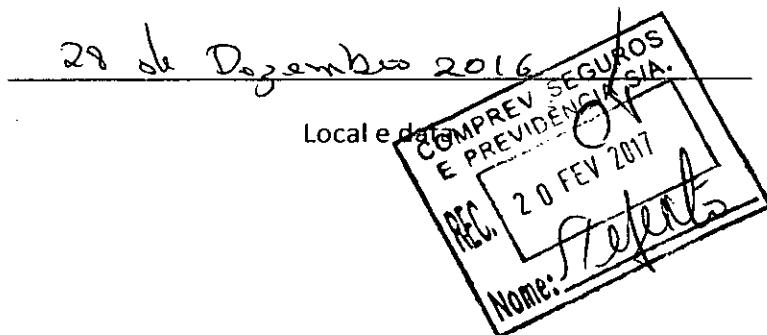
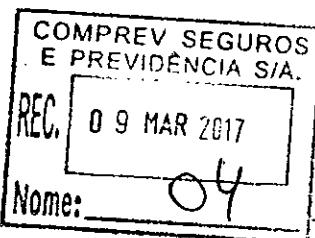
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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



Pedro Felipe de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
PEDRO FELIPE DE SOUSA

DOCUMENTO 2 *T2%

Nº DO PRONTUÁRIO
87740

Nº DO BE
9254

CADÚC.

SEXO

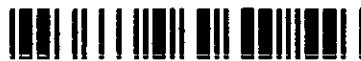
M

RACIAL
PAR

NOME
MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO
ENDERECO
RUA SAO MARCOS 93 SAO MIGUEL
CONTATO

MARIA DE FATIMA
MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
NI



LOCAÇÃO/TRANSPORTE/TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
PACIENTE TRAZIDO PLEG SAMU, VITIMA SIC E COLISÃO MOTO CARRO, RELATA DOR NO
TORACO/NOZELO DIR.

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

SINTOMA
NI

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C

PRESSÃO ARTERIAL
120/80

SINAIS VITIAIS

SAT C%
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

CLASSE
AMARELO

ALÉRGIAS
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ITAECIO FELIPE SILVA

DATA E HORA
CLASSIFICAÇÃO
15/10

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMSE

Fratura de Tibia e fíbula (D)
além fraturas com gesso e ferimentos
S. comport. (1) Gesso supina com orientações de c
dor com gesso (compresão) e retou se
Fract. Femur (D) 303090200 5822

DIAGNÓSTICO

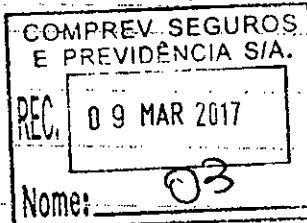
DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

() FRC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

MÉDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



APRAZAMENTO

OSSERVAÇÕES

Dr. Itáecio Felipe Augusto
Cirurgião de Ortopédia
CRM 11283

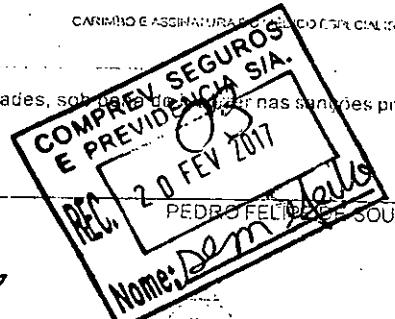
ALTA:

() CESSO NO MÉDICO () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESENHO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Itáecio Felipe Silva em 15/10/2016 às 18:41:12

Declaro: Serei verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de responder pelas sanções previstas no art. 20 do Código Penal.



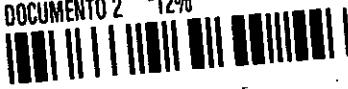
Rs para D: M. Pugil

AJ

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTÔNIO BEZERRA

Miriania Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAB
CONFERE COM ORIGINAL

DOCUMENTO 2 *T2%



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AV MISTER HULL, 4546
FORTALEZA - CE
60356-000

PEDRO FELIPE DE SOUSA
R SAO MARCOS 93
CAUCAIA - CE
61640-060

JK543868874BR

NSA-0200.000.0000000.0175109.THCW

CAIXA





RECEITA

A Pedro Filipe de Souza

1) Nimesulida 100mg

1g x 10 (10x100mg)

2) Dipirona 5g — 14

1cp 666mg se dor

3) Fitoam serosal:

22/10/16 às 8h

4) Fitoam ondas se dor

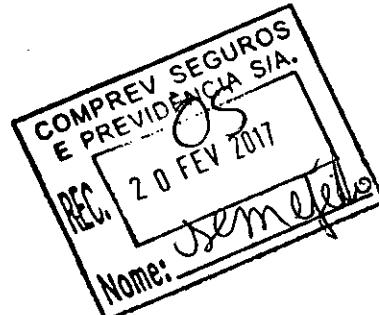
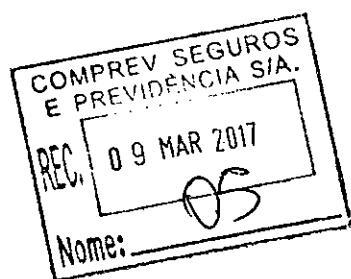
15/10/16

Dr. Manoel Augusto
Cirurgião de Ombro
Ortopedista CRM 11283

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

- 05/11/16 - 08:00





CLIFÍSIO FISIOTERAPIA SC LTDA.

Declaro para os devidos
fins que o parente Pedro
Felipe de Souza pertence ao
Século de Grueter de Tibur e
filho de privilegiado Francisco
Santos e nota tivera de capital
de 10 (dez) ss no valor de
690,00 (seiscents e noventa
reais) ,

Sept. 09. 05. 18

Av. B, nº. 690 - 2ª Etapa Conj. Ceará - Fortaleza/Ceará
CNPJ 23.443.574/0001-91
CLÍNICO FISIOTERAPÊUTICO
Fisioterapeuta: Respondeu
Dr. M. B. Respondeu
REQUER

Av. B, nº: 690 - 2^a Etapa Conj. Ceará, Fortaleza/CE CEP: 601310 - Fortaleza/CE
CNPJ: 23.443.549/0001-91



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres da Mota
Frotinha do Antônio Bezerra

Fortaleza

RECEITA

① Pedro Felipe
sauda

20 sessões de Fisioterapia
pra pôr Tonus glosa ①
e Taubus ①

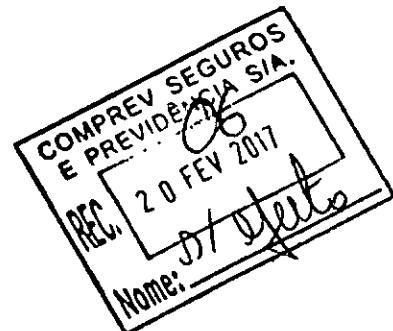
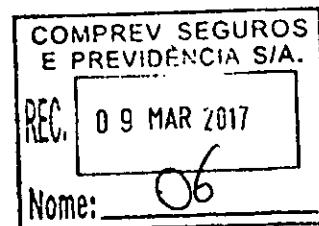
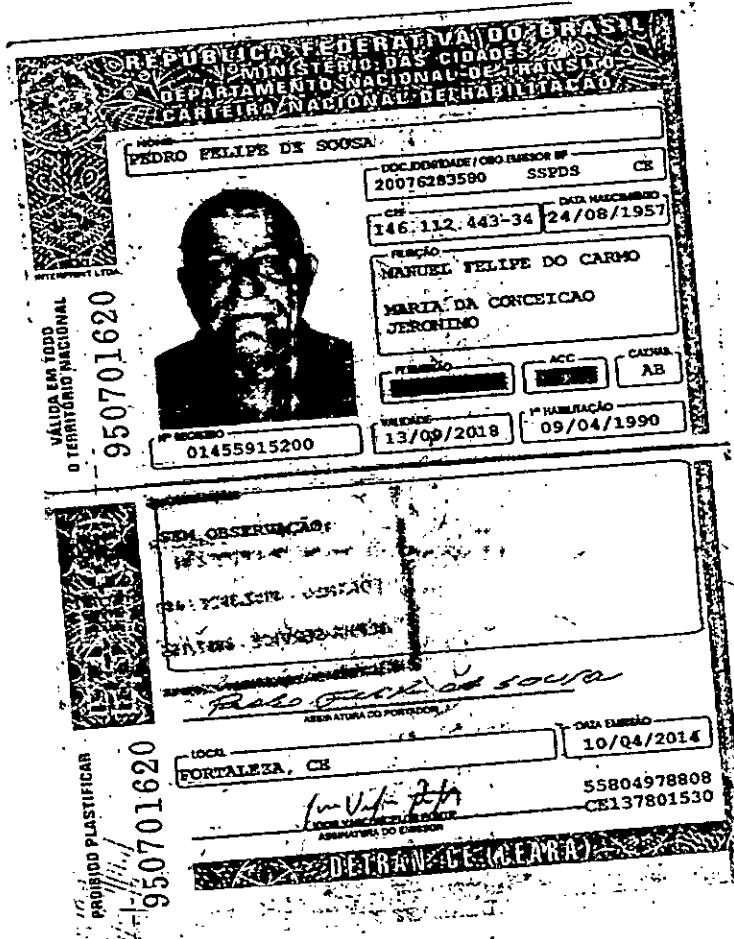
Diag: Fratura de Tibia
e fibula ①

28/01/17

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MATA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 3483-3210 CNPJ - 4.885.197/0001-35





COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 09 MAR 2017
Nome: [Signature]

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'COMPREV SEGUROS' is at the top, and 'E PREVIDÊNCIA S.A.' is below it. In the center, it says '20 FEV 2017'. At the bottom, it says 'Nome:'. A signature 'Jenn. Hella' is written across the stamp.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170147688 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 15/10/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO PROCESSO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170147688 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 15/10/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula direitas.

Descrição do exame Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema residual, déficit da dorso flexão do tornozelo direito e **médico pericial:** déficit da flexão do joelho direito

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização gessada por 120 dias, relata ter realizado 23 sessões de fisioterapia e que encontra-se de alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO FELIPE DE SOUSA** Sinistro: **3170147688** Data: **15/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Marcos, 93 - São Miguel (Jurema) - Caucaia - CE - CEP 61640-060**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20076283580**

Data local do exame: [**12/05/2017**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da tibia e fíbula direitas. . Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema residual, déficit da dorso flexão do tornozelo direito e déficit da flexão do joelho direito

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratamento conservador com imobilização gessada por 120 dias, relata ter realizado 23 sessões de fisioterapia e que encontra-se de alta definitiva.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Assinatura do médico - CRM
Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Traumato-Ortopedia
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues - CRM: 4600 - CE