

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Nº Sinistro: 3170665133

Vitima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170665133**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12155456



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Sinistro: 3170665133

Vítima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170665133** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Nº Sinistro: 3170665133

Vítima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170665133**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 119.074.724-36	Nome completo da vítima JOSE GUTENBERG FERREIRA MACEDO FILHO
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL				
Nome completo JOSE GUTENBERG FERREIRA MACEDO FILHO		CPF titular da conta 119.074.724-36	Profissão RECUSO INFORMAR	
Endereço Rua Bolívia		Número 505	Complemento	
Bairro STA ROSA	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58416-543	
Email BALBINOS EG@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (83) 99980-7367	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.				

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (347)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 037 (Informar dígito se existir)	DV 1	CONTA NRO. 0069646 (Informar dígito se existir)	DV 2

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

14 DEZ. 2017

PROTOCOLO

ACESSO À CONTA CORRENTE (todos os bancos)

ACESSO À CONTA CORRENTE PESSOA

BANCO Nome _____ **NRO** _____

AGÊNCIA NRO. _____ **DV** _____

CONTA NRO. _____ **DV** _____

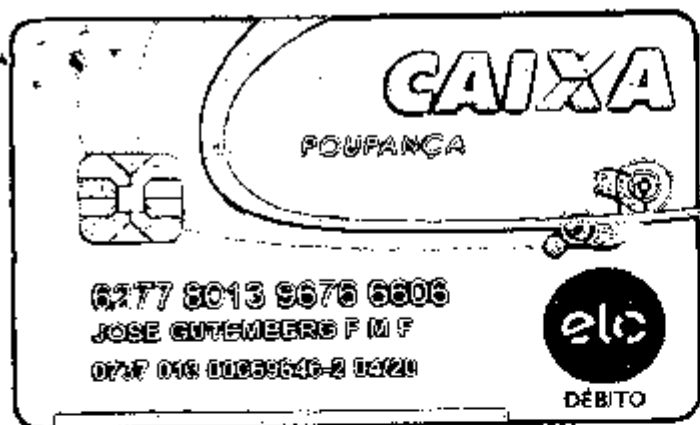
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA GRANDE, PB, 01 de dezembro de 2017
Local e Data

JOSE GUTENBERG FERREIRA MACEDO FILHO
do Filho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



123



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0272 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: NOALDO TITO DA SILVA	Posto/Graduação: 3º SGT/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA DO SOL/ RUA COSTA E SILVA	Hora: 07:55	Bairro: SANTA ROSA
Município: CAMPINA GRANDE	UF: PB	
Data/Ocorrência: 03/09/2017	Dia da Semana: DOMINGO	C/S Vítima (QT): COM (01)
Natureza do Acidente: ABALROAMENTO	Tipo de Pavimento: ASFALTO	Condições/Via: SECA
Tempo: BOM		
Envolvidos no acidente (Quantidade): 01 CAMINHONETE + 01 MOTOCICLETA		Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA

CONDUTOR 01

Nome: FRANCISCO MÁRCIO EUGÊNIO VIEIRA SARAIVA	Sexo: MASCULINO	Nascimento: 04/10/1958	RG: 0251794723 CE
Endereço: RUA FRANCISCO ERNESTO DEO RÊGO, Nº 2455, JARDIM PAULISTANO, CAMPINA GRANDE/PB			
1ª Habilitação: 09/02/1977	Categoria: AD	Registro CNH: 02035838069	UF: PB
Ex.Méd./Dia: SIM	Data Vencimento: 15/10/2018	Usava Cinto: SIM	Usava Capacete: SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO (Nº DE SÉRIE 113554, TESTE Nº 01314, RESULTADO 0,00MG/L)		Destino do Condutor: LIBERADO	

VEÍCULO 01

Marca: FORD	Espécie: CAMINHONETE	Placa: MNY-8246	Categoria: PARTICULAR	Município: CAMPINA GRANDE	UF: PB
Nome do Proprietário: FRANCISCO MÁRCIO EUGÊNIO VIEIRA SARAIVA					
Seguradora: DPVAT	Bilhete Nº: 012710590699	Renavam: 0023312946-4	Data da Emissão: 26/07/2016		

Defeitos:
TETO, PORTAS LATERAIS TRASEIRAS, CAIXA DE AR E PARA-LAMA DIANTEIRO

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Declarou que trafegava normalmente na rua Costa e Silva, sentido rua Damasco/rua Almeida Barreto e ao se aproximar do cruzamento com a rua do Sol observou que o semáforo estava verde e quando passava no referido cruzamento foi atingido pela motocicleta Honda Bros, frontalmente na lateral direita do seu veículo Ranger e que de imediato ligou para o Samu (192) e também para a polícia (190) e que permaneceu no local para as devidas providências.

CONDUTOR 02

Nome: JOSÉ GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO	Sexo: MASCULINO	Nascimento: 19 ANOS	RG:
Endereço:			
1ª Habilitação:	Categoria:	Registro CNH:	UF:
Ex.Méd./Dia:	Data Vencimento:	Usava Cinto:	Usava Capacete: NÃO

Exame de Embriaguez Alcoólica
NÃO REALIZADO

Destino do Condutor
HOSPITAL DE TRAUMA

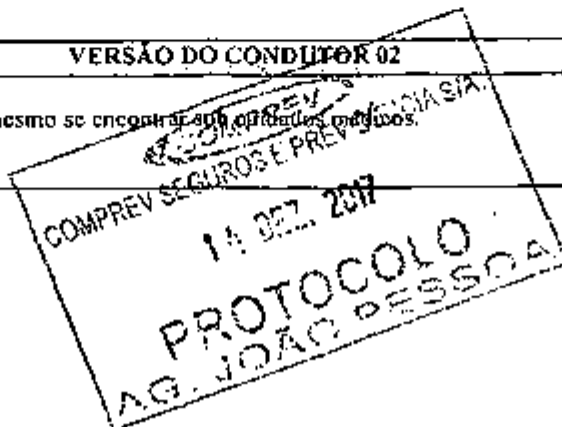
VEÍCULO 02

Marca: HONDA	Espécie: MOTOCICLETA	Placa: PEM-4976	Categoria: PARTICULAR	Município: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF: PE
Nome do Proprietário:					
Seguradora:	Bilhete Nº:	Renavam:	Data da Emissão:		

Defeitos:
GUIDÃO, RETROVISORES, FAROL, PAINEL, TANQUE, CARENAGEM, BENCALAS DOS TELESCÓPIOS, CHASSIS, BALANÇAS

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Não foi possível a oitiva do condutor devido o mesmo se encontrar em outros municípios.



VITIMA 01		
Nome: JOSÉ GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO	Sexo MASCULINO	Nascimento 19 ANOS
Endereço:		
Viajava no Veículo Nº V2	Usava Cinto	Usava Capacete NÃO
Condição da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzido Para HOSPITAL DE TRAUMA

TESTEMUNHA 01			
Nome: IRAN DE LIMA BESERRA		Sexo MASCULINO	Nascimento 08/12/1972
Endereço: RUA ALMANI JOSÉ TAVARES DE MELO, Nº 301, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF 027.683.114-48	Identidade 2369531	Órgão Emissor SSP	U F PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Declarou que trafegava na rua Costa e Silva, sentido Almeida Barreto/rua do Sol e ao chegar nas proximidades do cruzamento viu que um motociclista trafegava em velocidade alta e não obedeceu ao semáforo e que tal motociclista trafegava na rua do Sol, sentido Almirante Barroso/avenida Dinamérica e sem capacete de segurança, quando atingiu frontalmente outro veículo caminhonete.

TESTEMUNHA 02			
Nome: FÁBIO INÁCIO DA SILVA		Sexo MASCULINO	Nascimento 15/10/1987
Endereço: RUA QUINTINO PAULINO DA COSTA, 1º ANDAR, VIZINHO À PANIFICADORA CANAÃ, VELAME, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF 093.070.724-93	Identidade 3602311	Órgão Emissor SSP	U F PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

Declarou que trafegava logo atrás da testemunha 01, que ao chegar nas proximidades do cruzamento viu uma motocicleta em alta velocidade e que não obedeceu ao semáforo e que tal moto trafegava na rua do Sol e seu condutor estava sem o capacete de segurança, que o mesmo colidiu de frente na lateral direita da caminhonete Ranger.

TESTEMUNHA 03			
Nome: EDNALDO PEREIRA DA SILVA		Sexo MASCULINO	Nascimento 01/07/1959
Endereço: RUA DORINHA VASCONCELOS, Nº 145, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF 570.051	Identidade 570.051	Órgão Emissor SSP	U F PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 03

Declarou que encontrava-se na calçada da esquina das ruas do Sol com Costa e Silva e que viu quando aconteceu o acidente e que o semáforo estava fechado para quem trafegava na rua do Sol e que o motociclista envolvido trafegava em alta velocidade e sem capacete.

CONSTATADO	
Ficou constatado que o V1 trafegava na rua Costa e Silva, sentido rua Damasco/rua Almeida Barreto e o V2 trafegava na rua do Sol, sentido avenida Almirante Barroso/avenida Dinamérica ao se encontrarem na zona de cruzamento das ruas supracitadas, houve o embate entre eles, de forma que o V2 abalroou frontalmente na lateral direita do V1. Com o impacto, o V2 caiu ao solo juntamente com seu condutor que teve ferimentos graves. Este signatário ao chegar no local, o condutor 02 estava sendo levado pelo Samu para o Hospital de Trauma de Campina Grande e não foi possível ouvir a versão do mesmo, então também colher os dados pessoais. Segue croqui anexo. 14 DEZ 2017 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA PROTOCOLADO AG. JOÃO BESERRA Campina Grande - PB 19 de Setembro de 2017. Responsável pelo Levantamento	



02



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0272/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua do Sol - 12,20 metros

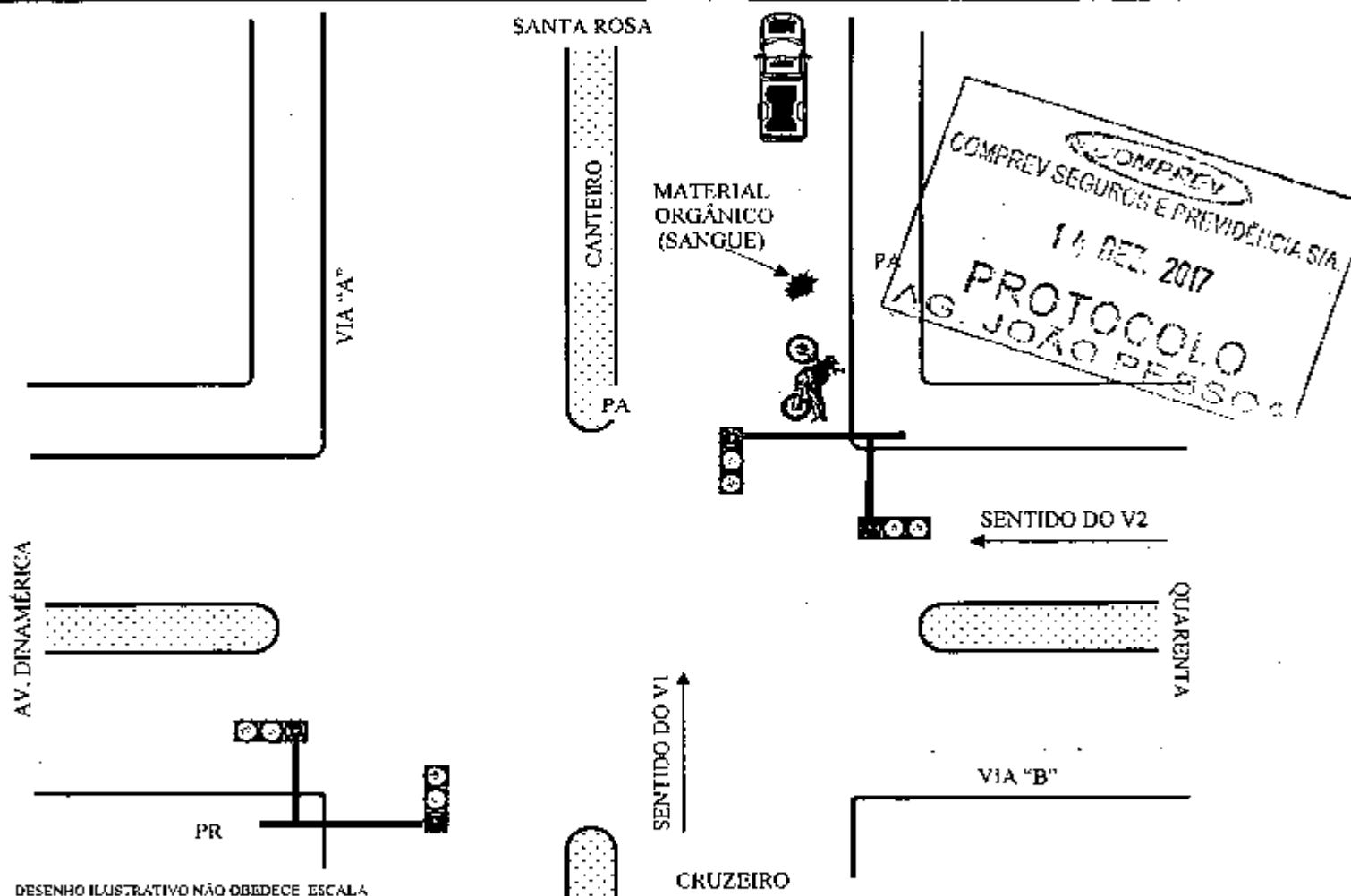
VIA "B" - Rua Costa e Silva - 14,00 metros

PR (Ponto de Referência): Escola Tiradentes

PA (Ponto de Amarração): Guia do Canteiro / Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixo Traseiro Direito 22,50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixo Dianteiro 05,90 e Eixo Traseiro 05,10 metros para (PA)



AVARIAS



V1



V2

SGT PM Rivaldo Tito da Silva
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0272 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: FORD RANGER	Placa: MNY-8246/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGT NOALDO	Data: 03-09-2017						
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita	X		
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita	X		
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA) 03				

Observações:

03=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6	->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA BROS	Placa: PEM-4976/PE	Responsável pelo Preenchimento: SGT NOALDO	Data: 03/09/2017						
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi	X		
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção	X			Total Geral (Sim + NA) 03				

Observações:

03=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	->DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	->DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 19 de Setembro de 2017.

Responsável pelo Levantamento



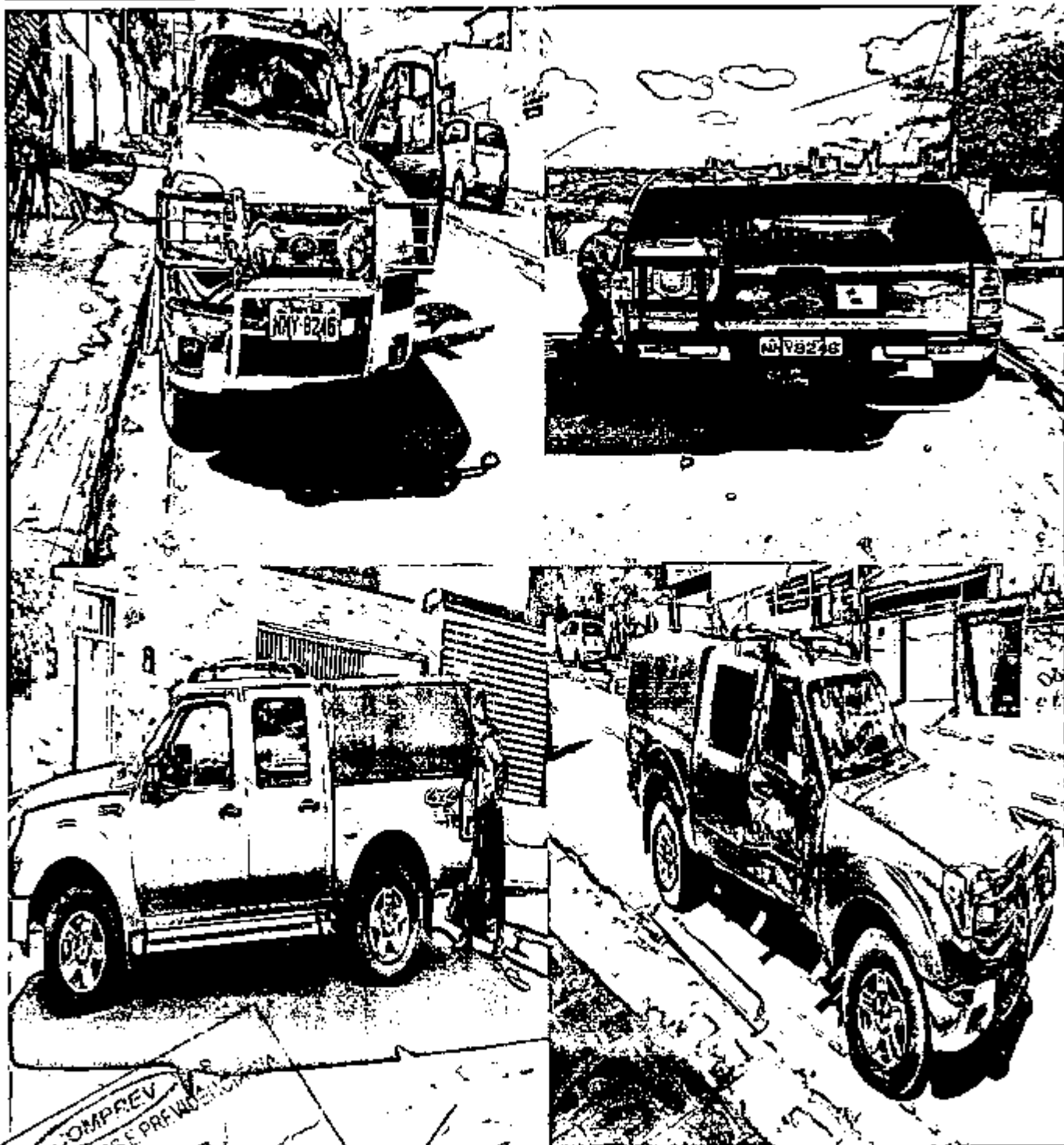


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 272/2017

FOTOS DO VÍ



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

14 DEZ. 2017

PROTOCOLO
DE JOÃO PESSOA

3º SGT PM NOALDO TITO DA SILVA
Responsável pelo Levantamento



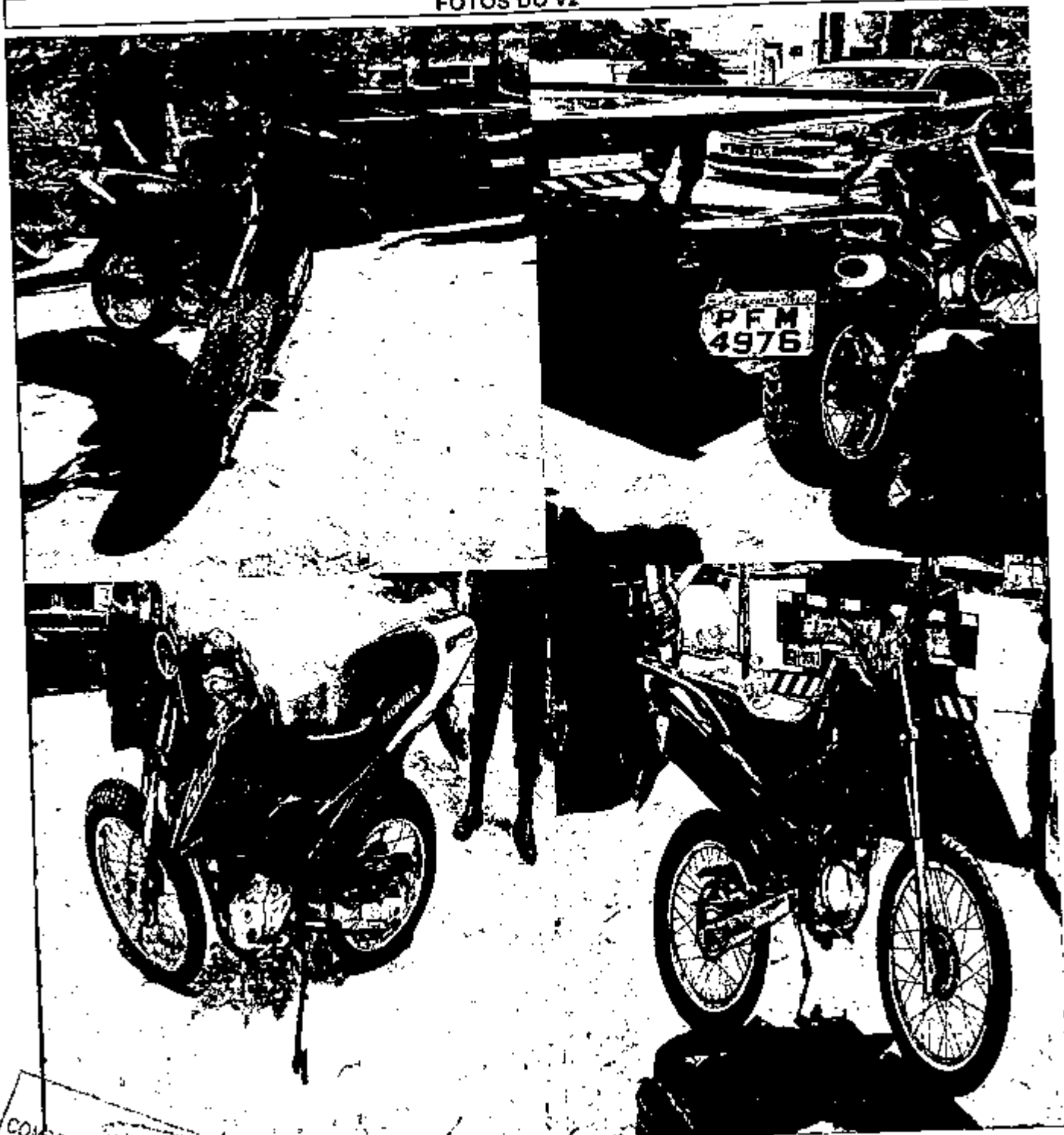


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 272/2017

FOTOS DO V2



COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3354 PM
3º SGT PM NOALDO TITO DA SILVA
Responsável pelo Levantamento





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
3ª COMPANHIA DE POLÍCIA DE TRÂNSITO

ADENDO

ACRÉSCIMO DE DADOS AO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DA 3ª CIA/CPTran.
TENDO POR FIM COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO ADEQUADO
PREENCHIMENTO DESTA PEÇA INFORMATIVA.

ADENDO Nº 002/2017

A Companhia de Policiamento de Trânsito - 3ª Cia/BPTran, através de seu Comandante, o Sr. Capitão QOC **RALISSON ANDRADE ARAÚJO**, no exercício de suas atribuições, e no que concerne a prestação por esta Cia no que tange ao Levantamento de Acidentes de Trânsito, autoriza ao responsável pelo levantamento abaixo assinado, o acréscimo das informações necessárias para o adequado preenchimento desta peça informativa.

Destarte, acrescenta-se ao Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Boat nº 272/2017, ocorrido na Rua Do Sol Com A Rua Costa E Silva, envolvendo uma Caminhonete FORD PLACAS MNY-8246/PB E UMA MOTOCICLETA HONDA DE PLACA PFM-4976/PR.

Abaixo segue respectivamente as informações inframencionadas:

NO(S) QUADRANTE(S):

"CONDUTOR - 02"

ACRESCENTA-SE

RG: 3535825

ENDEREÇO: RUA: BOLIVIA Nº 305 SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE-PB

1ª HABILITAÇÃO: 01/08/2016

CATEGORIA: AB

REGISTRO CNH: 06671871710

UF: PB

DATA VENCIMENTO: 01/08/2017

NO(S) QUADRANTE(S):

"VEÍCULO - 02"

ACRESCENTA-SE

NOME DO PROPRIETÁRIO: ALDILANGE FERNANDES MOURA

SEGURADORA: DPVAT

BILHETE Nº: 012211629301

RENAVAM: 331844494

DATA DA EMISSÃO: 10/02/2017



Campina Grande, 05 de outubro de 2017.

3º SGT PM NDALDO TITO DA SILVA
Responsável pelo levantamento





Eu, JOSE GUTENBERG FERREIRA MACEDO FILHO, portador da carteira de identidade nº 3535825 e inscrito no CPF/MF sob o nº 119.074.724-26, residente e domiciliado na RUA BOLÍVIA, Nº 305, STA ROSA, Cidade CAMPINA GRANDE, Estado PARAÍBÁ, 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.

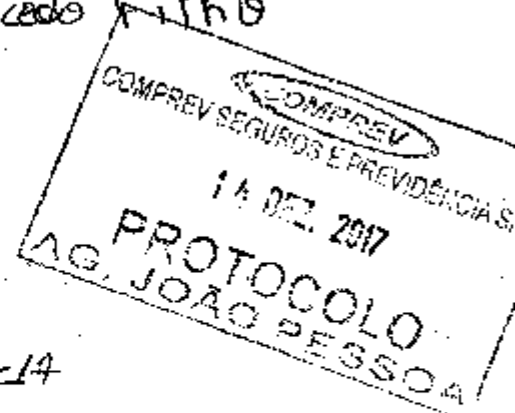
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Gutemberg Ferreira Macedo Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAMPINA GRANDE - PB, EM 01-12-14

Local e data





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



Comprovação de ato declaratório



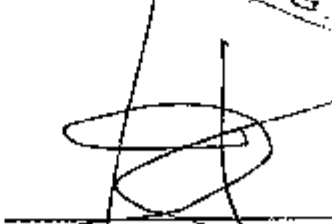
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	3/9/2017	HORA:	07:47 HS	ID Nº:	1618609
NOME:	JOSÉ GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA DO SOL - SANTA ROSA				
COMPLEMENTO:	PRÓXIMO A ESCOLA TIRADENTES.				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

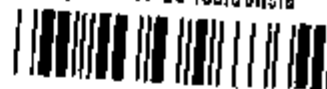
Campina Grande, 18 de outubro de 2017.




Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

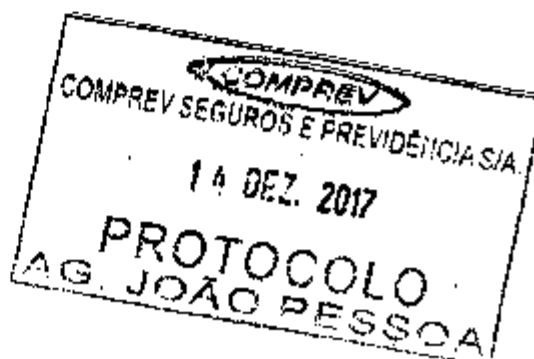
Comprovante de residência

Eu, JOSE GUTENBERG FERREIRA MACEDO F. L/ORG nº 3535825, data de expedição / / , Órgão SSDS/RN

CPF nº 119-074.724-36, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BOLÍVIA</u>
Número	<u>305</u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>STA RÔSA</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58416-543</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9980-7367 / (83) 9.9829-8855</u>
E-mail	<u>RACBIMOSCG@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, PB, CA 01/12/17.Assinatura do Declarante: — José Gutenberg Ferreira Macedo Filho

174

8843-5665

energisa

MARIA DALY FERREIRA MACEDO
RUA BOLIVIA, 305 - JARDIM PAZ - CAMPINA GRANDE - PB - CEP 58118-540 (4011)
Cidade: Campina Grande - PB - CEP 58118-540 (4011)
Cidade: Campina Grande - PB - CEP 58118-540 (4011)
Cidade: Campina Grande - PB - CEP 58118-540 (4011)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: 02/08/2017
Apresentação: 28/08/2017
Data prevista para próxima leitura: 03/09/2017
CPF/CNPJ/RANI: 0393507049

Uc (Unidade Consumidora): 4886412

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - FSEEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002.

Prezados Clientes,

A partir de hoje, as contas de energia elétrica para as famílias que se enquadram no Programa de Tarifa Social de Energia Elétrica (FSEEE) serão emitidas com o valor da tarifa social, que é menor que o valor da tarifa normal.

Para saber mais sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, acesse o site: www.energisa.com.br

Anterior: 27/07/2017
Atual: 02/08/2017
Constante: 02/08/2017
Consumo: 02/08/2017

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dif	
Data	Leitura	Data	Leitura						
27/09/17	8511	29/07/17	8837						
Demonstrativo									
Quantidade Tarifa Valor Base Cotação Valor Base Cotação Valor Base Cotação									
Tabela Tarifária (COTAÇÃO) - 400 kWh (R\$) Base Cotação (R\$) Consumo (R\$)									
0001	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0019	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0020	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0021	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0022	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0023	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0024	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0026	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0027	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0028	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0029	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0030	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0031	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0032	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0033	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0035	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0036	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0037	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0038	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0039	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0040	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0041	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0042	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0043	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0044	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0045	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0046	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0047	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0048	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0049	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0050	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0051	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0052	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0053	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0054	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0055	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0056	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0057	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0058	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0059	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0060	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0061	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0062	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0063	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0064	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0065	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0066	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0067	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0068	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0069	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0070	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0071	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0072	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0073	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0074	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0075	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0076	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0077	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0078	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0079	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0080	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0081	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0082	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0083	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0084	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0085	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0086	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0087	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0088	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0089	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0090	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0091	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0092	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0093	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0094	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0095	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0096	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0097	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0098	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0099	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0100	Consumo de Energia Elétrica	11,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CO - Código de Classificação de Consumo

VENCIMENTO: 02/08/2017

TOTAL A PAGAR: R\$ 60,96

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVANDO 400.000

13e1.2735.9f8c.1c90.108d.b2bc.b1d5.83b2

Indicadores de Qualidade

Indicador	Limite	Atualizado	Limite da Tensão
DETRIMESTRAL	0,00	0,00	NOMINAL
ANUAL	21,25	0,00	CONTATADA
SEMESTRAL	0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR
TRIMESTRAL	0,00	0,00	
QUADRIMESTRAL	0,00	0,00	
ANUAL	0,00	0,00	
QUADRIMESTRAL	0,00	0,00	
ANUAL	0,00	0,00	
QUADRIMESTRAL	0,00	0,00	

ATENÇÃO

Valor do EUSO (R\$ 5/2017) R\$ 21,80

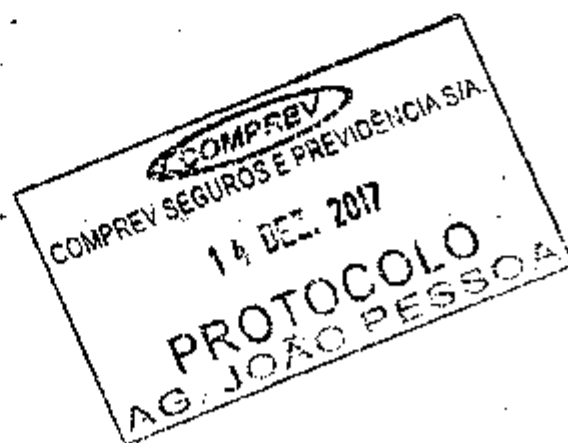
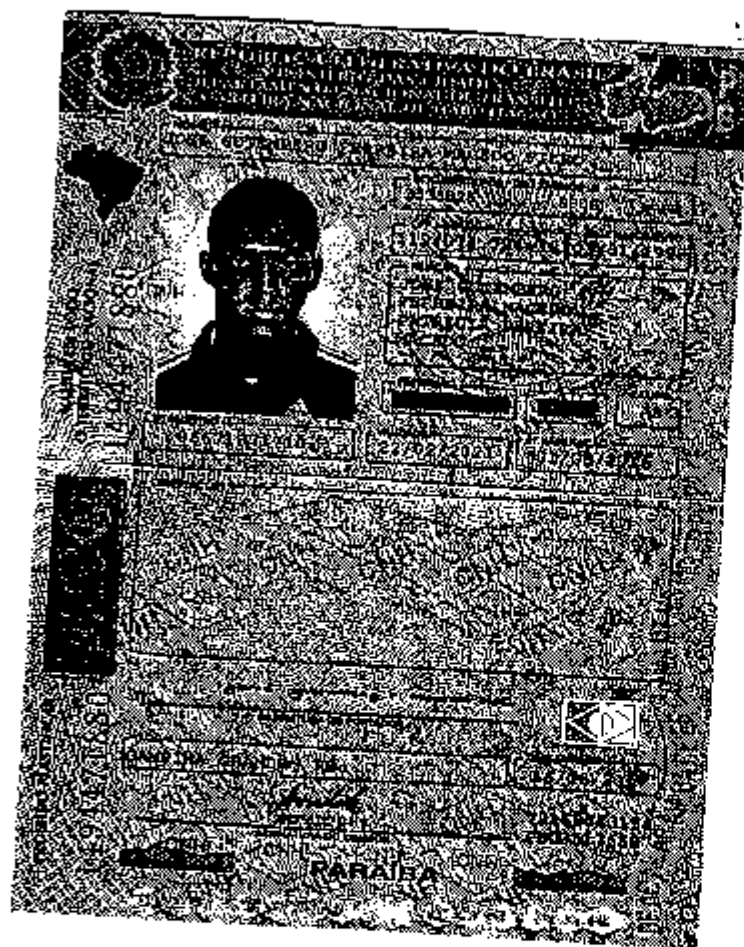
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 DEZ. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012211629301
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

04/03/2017 20:17



04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

DETRAN

DETRAN

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

172

DUT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012211629301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIANO FERNANDES MOUR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.DPVAT.SEGURODAFIANCA.COM.BR

SAC DPVAT 0800 02 1234

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

04/03/2017 20:17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170665133 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.
MACEDO FILHO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MAXILAR ESQUERDO (LE FORT II). FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA REFERE DORES EM LOCAIS DE FRATURA. NÃO HÁ ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DOS SEGMENTOS ATINGIDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMBAS AS FRATURAS, COM FIXAÇÃO COMPLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170665133 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE CRANIO FACIAL E FRATURA DE MS ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170665133 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GUTEMBERG FERREIRA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.
MACEDO FILHO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MAXILAR ESQUERDO (LE FORT II). FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA REFERE DORES EM LOCAIS DE FRATURA. NÃO HÁ ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DOS SEGMENTOS ATINGIDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMBAS AS FRATURAS, COM FIXAÇÃO COMPLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio

**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): **JOSE GUTEMBERG FERREIRA MACEDO FILHO** Sinistro: **3170665133** Data: **03/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Bolívia, 305 - Santa Rosa - Campina Grande - PB - CEP 58416-543**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3535825**

Data local do exame: [**08/01/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

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 DO MAXILAR ESQUERDO (LE FORT II). FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA REFERE DORES EM LOCAIS DE FRATURA. NÃO HÁ ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DOS SEGMENTOS ATINGIDOS.

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.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMBAS AS FRATURAS, COM FIXAÇÃO COMPLACA E PARAFUSOS.

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "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):

% 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

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

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.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB