
Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

Nº Sinistro: 3180392924

Vitima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392924.**

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



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392924**

Vitima: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180392924**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

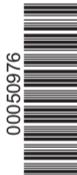
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392924**

Vitima: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180392924**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392924**

Vitima: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180392924**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Sinistro: **3180392924**

Vítima: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180392924** 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.seguradoraslider.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, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392924**

Vítima: **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

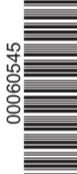
Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180392924**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/12/2017**. 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

114 409 699 17

Nome completo da vítima

Geovanni Junior Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Geovanni Junior Pereira	CPF titular da conta	114 409 699 17	Profissão	agricultor
Endereço	Sítio Tijana	Número	51N	Complemento	
Bairro	Prado Rural	Cidade	Ribeirão Preto	Estado	SP
Email	moreio bruno adv@gmail.com	CEP	148398 - 000	Telefone (DDD)	83 3334 1289

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.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

23 ABR. 2018

PROTOCOLO DE PESSOA

237

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.

DV

CONTA N.R.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRADESCO

N.R.

237

AGÊNCIA N.R.

DV

CONTA N.R.

DV

0191

2

6598

6

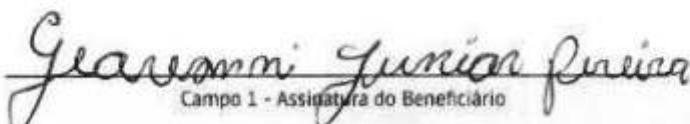
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

P. Grando, 17 de Agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL
3180392924

CPF da Vítima
11440949417

Nome completo da vítima
Giovanni Sumar Peruna

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Giovanni Sumar Peruna	CPF titular da conta 11440949412	Profissão Desenvolvedor
Endereço Sítio Titano	Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Pernambuco	Estado PB
Email mocio bruno adu@gmail.com	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, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

24 SET. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 01912	D/V 237	CONTA NRO. 6598	D/V 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA**

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRADESCO	NRO. 237
AGÊNCIA NRO. 01912	D/V 237
CONTA NRO. 6598	D/V 6
(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.

C. Giovanni , 29 de Agosto de 2018.

Local e Data

Giovanni Sumar Peruna

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 01912 - ESPERANCA
PACB : 126 - CESAR GRAVACOES

Agenzia : 01912-ESPERANCA
Conta : 0000000006598-6
Nome : GEOVANNI JUNIOR PEREIRA
Data : 14/08/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

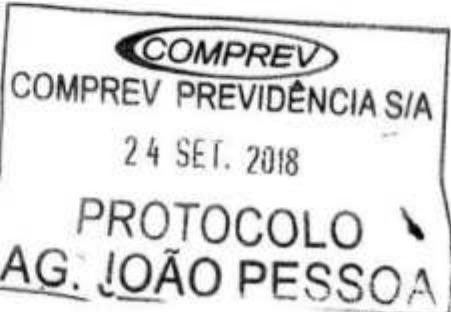
Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BANCO: 029644999747
HORA : 11:20:17

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 687376 Hora Rede: 11:20:14
Terminal: 00101318



**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180392929

CPF da Vítima:

114 409 49417

Nome completo da vítima

Giovanni Junior Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Giovanni Junior Pereira		CPF titular da conta 114 409 49417	Profissão Jovem Aprendiz
Endereço Sítio Títom		Número 511	Complemento
Bairro Area Rural	Cidade Remígio	Estado PB	CEP 58398-000
Email mocisbrunoodt@gmail.com			Telefone (DDD) 8333341289

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 8.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:

DATA
D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRADESCO	NRO. 237		
AGÊNCIA Nº: 1912	D/V 7	CONTA NRO. 6598	D/V 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

C. Giovanni , 05 de Setembro de 2018.

Local e Data

Giovanni Junior Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000476/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000476/18 registrada em 09/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos nove dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:36 horas, compareceu o Sr. GEOFANNI JUNIOR PEREIRA, com 23 anos de idade, filho de JOSELITO PEREIRA e CARMITA JOSEFA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 4.308.166, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 11440949417, residindo à rua SÍTIO TITARA, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de ESPERANÇA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 17h00min dia 09.12.2017, estava se deslocando da cidade de Areia em direção a cidade de Alagoa Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi n° 9C2HB0210CR033413, de placa OFF-3957/PB, licenciado em nome de Magno Ramos de arruda, quando na rotatória localizada na saída da cidade de Areia/PB perdeu o controle de direção e colidiu com um poste de iluminação pública, sofrendo escoriações diversas pelo corpo e fratura no seu membro inferior esquerdo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPT Ran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

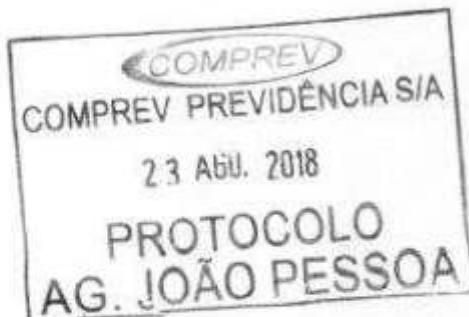
Campina Grande, Quinta-feira, 9 de Agosto de 2018

GEOFANNI JUNIOR PEREIRA
GEOFANNI JUNIOR PEREIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Giovanni Junior Pereira

CPF da Vítima

11440949417

Data do Acidente

09/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

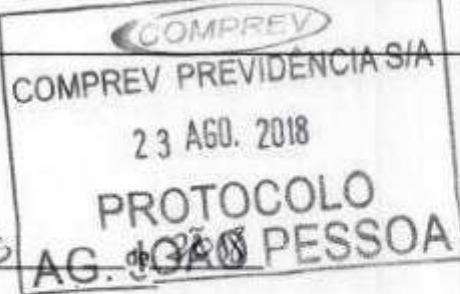
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Giovanni Junior Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ:17698753/0001-1 TEL: (83)3273-2240

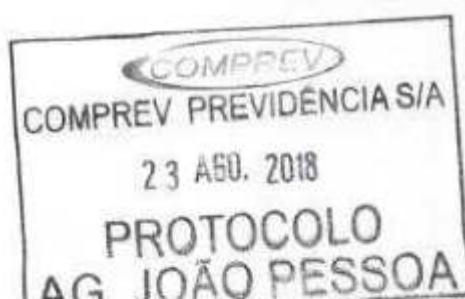
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192
ALAGOA GRANDE- PB

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. JEOVANE JUNIOR PEREIRA foi atendido no dia 09/12/2017 pela Unidade de Suporte Avançado de Vida deste serviço, vítima de acidente com moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando escoriações pelo corpo e fratura exposta de tibia no MIE, realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande/PB para avaliação radiológica e possível tratamento.

Alagoa grande, 14 de junho de 2018.

Coordenador - Samu
Italo Agra



ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192

JOSÉLIO DOS SANTOS
SIT TITARA, SIN - ÁREA RURAL
MEMÓRIO / PEC/CEP: 58980005 (AD-71)

Emissão: 19/07/2018 Referência Jul/2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classific.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1230, Km25 - Crisópolis/PB - CEP: 58071-600
Razão: 10-73-310-1640 NF medidor: 00008378375 CNPJ: 09.086.192/0001-40 Inst. Est: 15.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°039-726/020
Cód. para Dib. Automática: 0001523.322

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAM
Jul / 2018 19/07/2018 20/08/2018 064.000.546-0
Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1526389-0

Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Letura	Date Letura			
19/06/18 7198	19/07/18 7272	1	74	00

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(s)	Valor Base/Calc.	Ale.	IPI(R\$)	Bem/Calc.	Fixo(R\$)	Cofre(R\$)
									Tributo Total(R\$) ICMS(R\$) IPI(R\$) PIS(Cofre(R\$)) (1.00450)(4.50025)
0801	Consumo em kWh	74.000	0,717890	53,10	53,10	25	19,27	53,10	0,57 2,65
0801	Adic. B Vermelha			5,98	5,98	25	1,34	5,98	0,08 0,27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUÍVEL PÚBLICA		5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORO 05/2018		0,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 05/2018		0,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMC 05/2018		-0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 84,53 58,46 14,91 59,46 0,83 2,62

Média ultimas meses (preço) 08 VENCIMENTO 26/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 64,59

Histórico de Consumo (kWh)

49		56		54		50		68		58		58		58		58		38		28		77
JUL/17		Agosto17		Sep/17		Out/17		Nov/17		Dez/17		Jane/18		Fev/18		Mar/18		Apr/18		May/18		Jun/18

RESERVADO AO USO
1301.0e7e.cc7f.d410.c8ab.1db8.0d41.3229.

Indicadores de Qualidade			Composição do Faturamento		
Límites da ANEEL	Apurado	União de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIU MENSAL	11,74	7,82	Serviços de Distribuição PB	14,01	21,83
DIU TRIMESTRAL	12,45	NOMINAL	Compra de Energia	25,28	39,21
DIU ANUAL	48,90		Serviço de Transmissão	2,15	3,28
FIC MENSAL	7,74	1,00	Encargos Sociais	3,98	6,09
FIC TRIMESTRAL	15,49	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	24,47	37,18
FIC ANUAL	59,85	LIMITE INFERIOR	Outras Serviços	0,00	0,00
DIU	8,49	LIMITE SUPERIOR	Total	64,77	100,00
DIU	12,60	T.B2			

Valor do Euro (Ref 5/2018): R\$7,95

ATENÇÃO

PERÍODO: Caso não houver ato contumaz em atraso, o fornecimento pode ser suspenso a partir de outubro/2018. Conforme Parecer nº 414/ANEEL. Caso seja aposta essa data não tenha a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso assim, não seja comunicado ao seu consumo, pagará não estejam na unidade consumidor para comprovação. Caso esses faturamentos estejam pagos, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS DE JUROS PENDENTES, para isso a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao credor no caso de não pagamento. Lata confirmada.

Retornos em atraso:
Jun/18 63,80
Fev/18 49,77

PARABÉNS!
Número: 10-73-310-1640
Matrícula: 1526389-2018-07-5
VENCIMENTO 26/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 64,59

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

836900000000-8 64590054000-8 15263892018-0 07500073019-4

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1020 / LOJA 32 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400200 (AG. 401)

Emissão: 29/07/2018 Referência Jul / 2018 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subsídio: COMERCIAL / COMERCIAL MOREIRA 58400200 - Alça Sudeste - Trs imóveis - Campus Grande/PB - CEP 58423-700
Roters: 14-401-754-1992 NP medidor: 0000067824 CNPJ:03.596.0001-95 Incr. Est: 16.003.938-1



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 001.588.180
Cód. para Dáis Automatizado: 00002919013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJs/ RNE
Jul / 2018	25/07/2018	24/08/2018	883.369.944-2 Incr. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
25/06/18 1119	25/07/18 1216	1	97	30
Demonstrativo				
CCI: Origens Quantidade Tarifa* Vaz. Bas. Cbs. Alt. Imedida Bas. Cbs. Fc/Pd. Cmv/Pd.				
0601 Consumo em kWh	97.000 0,720000	69,84	69,84 25	17,48 69,84 0,71 3,28
0601 Adic. B. Vermelha		7,00	7,00 25	1,75 7,00 0,97 0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIBUÍL PÚBLICA		16,85	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0604 JUROS DE INDIRA 09/2018		0,84	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0605 MULTA 09/2018		1,82	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0605 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 25/07/18		1,72	0,00 0	0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 92,03 76,84 19,31 76,84 0,78 3,81

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 16/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

Histórico de Consumo (kWh)
5 | 10 | 15 | 0 | 46 | 12 | 0 | 43 | 179 | 132 | 127 | 120
JUL/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO AO USO EXCLUSIVO DO CONSUMIDOR 1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Desempenho	Valeor (R\$)	%
DIURNAL	0,31	0,10	Serviços de Dist. da Energia/EBO	14,67	15,93
DI TRIMESTRAL	10,82	NORMAL	Contração de Energia	28,82	31,32
DIANUAL	21,25	220	Serviço de Transmissão	3,56	3,87
PI DIURNAL	3,36	0,00	Energy Star	9,20	6,74
PI TRIMESTRAL	8,77	CONTRATADA	Impostos Baterias e Encargos	38,70	42,14
PI ANUAL	15,45	LIMITENFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
COTAS	0,00	LIMITE SUPERIOR	Total	82,03	100,00
DGR	0,00				

Valor do EUSD (Ref. 5/2018) R\$22,34

Leratura confirmada

ATENÇÃO

Retornar em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 Abri. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

BORBOREMA
Endereço: 14-401-754-1992
Matrícula: 251501-2018-07-8

VENCIMENTO
16/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 92,03

83670000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 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 COAF²**.

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 Inacio Bruno Somente inscrito (a) no CPF 036 781 814 , 06
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Giovanni Somente Pereira inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 114 609 694 , 17 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima
Giovanni Somente Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 94 409 994 , 17, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

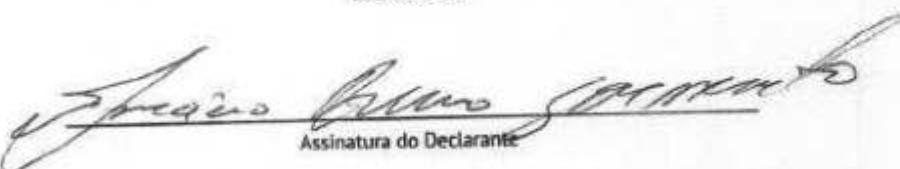
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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 Domamico Corrêa</u>		
Bairro	<u>Domamico</u>	Cidade	<u>Compensa</u>
Email	<u>Inacio.Bruno.Somente@gmail.com</u>		
	Número	Estado	Complemento
	<u>10880</u>	<u>PB</u>	<u>loja 02</u>
	CEP	<u>54100000</u>	
	Telefone comercial(DDD)	<u>73333041289</u>	
	Telefone celular (DDD)	<u>83499885048</u>	

Cláudia, 17 de Agosto de 2018
 Local e Data


 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Magno Ramos de Arruda,
RG nº 4310607, data de expedição 20/02/2015
Órgão SSPPD, portador do CPF nº 123.122.164-00, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Canto do Cobro, nº 511,
complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geovanni Júnior Pereira, cujo o condutor era
Geovanni Júnior Pereira.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Pop 100

Ano: 2012

Placa: OFF3954/PB

Chassi: GC2HBD210CR033473

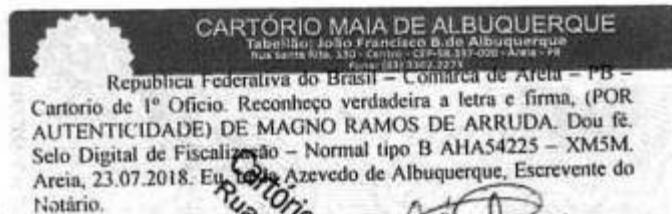
Data do Acidente: 9/12/2017

Local e Data: Remigio 23/07/2018

Magno Ramos de Arruda
Assinatura do Declarante

Geovanni Júnior Pereira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Maria de Albuquerque
Rua Santa Rita, 130 - Areia-PB
João Francisco Batista de Albuquerque
CEP 58397-000
(83) 3362-2273

09/12/2017

Protocolo 6 31 folhas

HCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1558799 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Major Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/12/2017

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GEOVANNI JUNIOR

CEP:58398000 Nascimento: 12/04/1995

PEREIRA

Endereço:

Cidade: Remígio

Nome da Mãe: CARMITA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

Responsável: GEOVANA PEREIRA

Estado Civil: Solteiro(a)

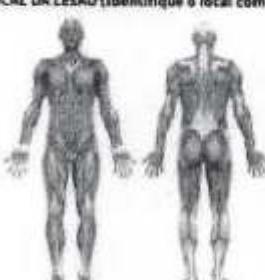
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraço
2. Amputação
3. Audição
4. Cervical
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Eritema subcutâneo
10. Enrascamento
11. Ecchymose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contusão
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura ossos fechada
20. Fratura ossos aberta
21. Hematoma
22. Ingratidamente Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enrolado
29. Ossatura
30. Paralisia
31. Perda
32. Paroxismo
33. Quimadura
34. Rinsagia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Pronto atendimento de urgência e emergência nº 11
horário das 08h às 22h sem intervalo de tempo.
Atendente: Gisele De Oliveira Lopes
Atendente: Gisele De Oliveira Lopes
Atendente: Gisele De Oliveira Lopes*

Não tem sintomas de alerta.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreceptores () Hirsúcricas () Anisocáricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SetB2

RAIO X
REALIZADO EM:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratorial () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografia:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *M. M. Lopes*, 36.80.00 Dia 1/1

Especialista: _____ 36.1. Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Alta da clínica Gecor</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*V. M. Lopes
Carimbo
CID: 1558799*

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Giovanni Luiz Reaves		
End:			
Data de Nascimento:	12/10/1914/95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acoide	Data do Atend.:	04/10/17
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	Hora: 14:25 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente		
Frequência respiratória:							Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:							Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:							Mucosas:	(<input type="checkbox"/>) Normocorada	(<input type="checkbox"/>) Pálida
Deambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca						

Estratificação

MOD. 110

01/10/18 ✓ () Vermelho - atendimento imediato
 () Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
 () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

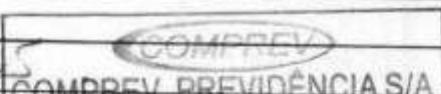


Nome do Paciente <i>Giovanni Júnior Panzini</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>09/12/11</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr Renan</i>	1º Auxiliar <i>Dr Yury</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Adilson</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx exposto ossos da Perna</i>	(C)	
Tipo de Operação <i>Fixador ósteno + lmc.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O membro.</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>+</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não.</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDU sob anestesia.
- 2) Aspirin + Antisepis + comp. celofane.
- 3) lmc + desbridamento de todos os tecidos.
- 4) Redução cruenta da perna.
- 5) Fixação ósteno.
- 6) Fechamento da proximidade.
- 7) Curativo.


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A

23 AGO. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA**

*Yuri de Paiva Camara
DIRETOR DE ENFERMAGEM*

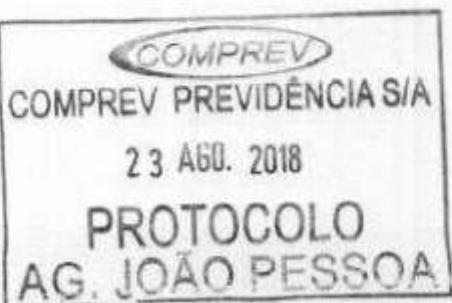
94

ok ok
Fz tpx pma (E)

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio
Data		Horário		Evolução Médica
11/10/18	1. Dieta	12/26/36		2090
	2. SRL 1500ml EV/24h	12/18/24/26		BEM
12	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	SN		06+
	4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h	06		12h -
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	SN		18+
	6. Tramal 100mg + 300ml SF 0,9% EV 8/Bh SN	SN		20h -
	7. Neoadron 01 FA + AD EV 8/Bh SN	SN		22h -
	8. Clexane 40mg SC/dia	00		24h -
	9. SSIVV + CCGG			
Cinda. 600-11 6/6h		12/18/24/26		
Glufa 240-, (1)		10		
Guarana				
12/10/18	07h Hospital			
		07 6960		



Data da internação: 09/12/2017 Hora: 20:29:47

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
GEOVANNI JUNIOR PEREIRA6 - N° DO PRONTUÁRIO
15588377 - CARTÃO DO SUS
7089057211056178 - DATA DE NASCIMENTO
12/04/19959 - SEXO
Masc Fem
83 N° DE TELEFONE
99682841710 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
CARMITA JOSEFA DA CONCEICAO12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
? , 0 , CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Remígio14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
25127015 - UF
PB16 - CEP
58398000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com trauma na perna esquerda com dor e ferimento.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:

Blance + Rax

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO*Tratamento Cirúrgico*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/12/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*07/12/2017 N.º 21437**07/12/2017 N.º 21437**07/12/201*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

lindo

Slovanni Ignácio Paixão
foi operado neste hospital
fratura nerva há 109
meses, Rx: Retardo de
consolidação óssea.

Condukte: Pinça com uma
muleta para cima apoiada
no membro inferior (F),
regue no desprendimento
anterior C19: S 82

07/01/2013

PROTÓCOLO

01, 8, 10
Data

Dr. Eduardo Braga Moraes
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM MÉDICO 3888



CLINICA MEDICA DANTAS E CASTRO LTDA - ME
RUA GETULIO CAVALCANTE 250 - LIBERDADE - CAMPINA GRANDE - PB
CEP 58.414-245 - TELEFONE 83 - 3322 3229
CNPJ nº 23.364.824/0001-46

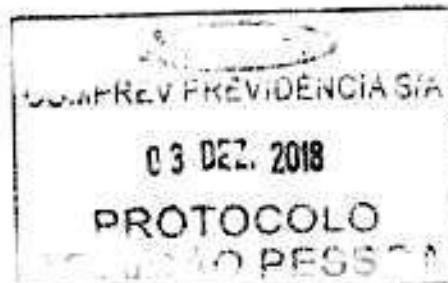
LAUDO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica que o paciente GEOVANNI JUNIOR PEREIRA, informa que foi vítima de acidente automobilístico fato ocorrido em 09 de Dezembro de 2017, sendo o mesmo socorrido pelo SAMU para o hospital de trauma de Campina Grande/PB, sofrendo fratura exposta dos ossos perna direita, sendo submetido a cirurgia ortopédica de urgência, com acompanhamento ambulatorial. Paciente, evolui com pseudoartrose de referido membro e segue em acompanhamento ambulatorial, aguardando cirurgia eletiva, encontrando-se sem condições laborativas no momento.

CID: S 82.2
T. 93

Dr. Otávio Pereira Jr.
CRM-PB 7103

Campina Grande - PB, em 30 de Novembro de 2018.





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 4.308.166 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 05/02/2015

NOME GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

FILIAÇÃO JOSELITO PEREIRA
CARMITA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB

DOC. ORIGEM 12/04/1995

NASC. N. 3832 PLS. 023V LIV. A05
CARTÓRIO MONTADAS-PB

114.409.494-17

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

ASSINATURA DO DIPLOMADOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



SELO DIGITAL: AF144766 - T036
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.545/0001-76

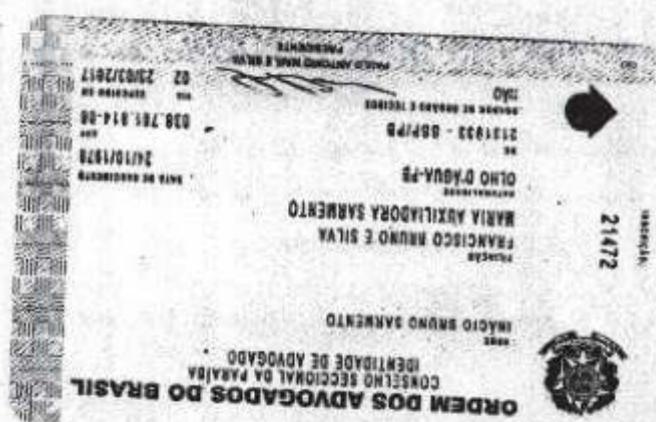
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

TÉCNICO FISCAL

Certifico e faço fôr que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Técnico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DE VITÓRIA		DE VITÓRIA	
DETRIAN - PB		Nº 011545690732	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO	
VIA:	000 RENAVAM	20150590004261	2014
1	0047897215-6	00/000000000	INSCRIÇÃO
MAGNO HACOS DE ARRUDA			

PB Nº 011545690732 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA	OFF3957/PB	DATA EMISSÃO	27/05/2015
PLACA ANTIGA	12312216400	EXERCÍCIO	2014
NOVO	DC2HB0210CR033413	RENAVAN	00478972156
MOTOR/CARROCERIA		MARCA / MODELO	HONDA/ POP100
ESPECIE TIPO	GASOLINA	Nº CHASSI	9C2HB0210CR033413
PLACA ANTIGA	CHASSI	ANO FAB.	2012
NOVO	ESPECIE TIPO	ANO MOD.	2012
MOTOR/CARROCERIA		COM FABRICANTE	HONDA
ESPECIE TIPO	GASOLINA	CATEGORIA	VERBELHA
PLACA ANTIGA	CHASSI	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
NOVO	ESPECIE TIPO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
COTA UNICA		PREMIO TOTAL (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
P	IPVA PASO BM	21/05/2015	03/10/2014
V	PAKAL PV A	PARCELA MENSAL (R\$)	0,00
A	*****	QTD PARCELA	3
PREMIO BIMESTRAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	*****
*****		OBSESSAOCS	*****
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL	0	DATA	27/05/2015
RENITGTO - PB	14001	PAGAMENTO	03/10/2014
		PARCELADO	03/10/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 09.248.600/0001-64
www.seguradoralider.com.br

31054-0724532-20150527

LEIA OS TERMOS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**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.

Número do Sinistro: **3180392924**

Nome do(a) Examinado(a): **GEOVANNI JUNIOR PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO TITARA, S/N - AREA RURAL - Remígio - PB - CEP 58398-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4.308.166**

Data e local do acidente: [**09/12/2017**] **AREIA**

Data e local do exame: [**06/12/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE

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

[] Sim [] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 09/12/2017, COLISÃO MOTO-POSTE; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE Perna ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 12/12/2017. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

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

[] Sim [] Não

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

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

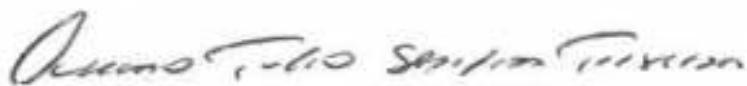
Região Corporal (Sequela):

% 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

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



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392924 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1 (LATERALIDADE DIVERGENTE) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER 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 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392924 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392924 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1 (LATERALIDADE DIVERGENTE) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER 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 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392924 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 09/12/2017, COLISÃO MOTO-POSTE; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE Perna ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 12/12/2017.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.

Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Túlio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392924 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ, PRESENÇA DE DEFORMIDADE. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 09/12/2017, COLISÃO MOTO-POSTE; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DE Perna ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 12/12/2017.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.

Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Túlio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Geovani Junior Pereira, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão agricultor, inscrito
no CPF de nº 114.140.914-94 e no RG de nº 4308.166, residente
e Domiciliado a Rua: sítio Titara, zona rural, nº 2N,
Bairro Sítio Titara, na Cidade de Remígio,
Estado Paraíba, CEP 58200-000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório
localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Geovani Junior Pereira,
ocorrido em 29.12.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Campina Grande/PB, em 13 de agosto

de 2018
23 abr. 2018



Geovanni Junior Pereira

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL MARTINS 2º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Monsenhor Severiano, 84, Centro, Esperança - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

Dia: 06 - Esperança/PB - 13/08/2018

Escrevente: KEDIMA ALMEIDA DE BRITO

Selo Digital:AH39936-XUD

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Envio R\$ 9,10 FARPEM R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPI RS 2,27



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310628/18

Número do Sinistro: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

CPF: 114.409.494-17

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

GEOVANNI JUNIOR
PEREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 07/11/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310628/18

Número do Sinistro: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

CPF: 114.409.494-17

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

GEOVANNI JUNIOR
PEREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

GEOVANNI JUNIOR PEREIRA : 114.409.494-17

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: 24/09/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310628/18

Número do Sinistro: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

CPF: 114.409.494-17

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

GEOVANNI JUNIOR
PEREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 03/12/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310628/18

Número do Sinistro: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

CPF: 114.409.494-17

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

GEOVANNI JUNIOR
PEREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

GEOVANNI JUNIOR PEREIRA : 114.409.494-17

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: 11/10/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA