

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

Carta nº 13288665



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

Carta nº 13290848



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

Carta nº 13415282



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 médico-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

Carta nº 13582010



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.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 13672562



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

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

114 409 494 12

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 114 409 494 12	Profissão agricultor
Endereço Sítio Titano		Número 51N	Complemento
Bairro Arua Rural	Cidade Pernambuco	Estado PB	CEP 58398-000
Email moicio.bruno.odv@gmail.com			Telefone (DDD) 83 33341289

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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	

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. Grand 17 de Agosto de 2018
Local e Data

Geovanni Junior Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

11440949912

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 11440949912	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Titano		Número 31N	Complemento
Bairro Água Fria	Cidade Remígio	Estado PB	CEP 58398-000
Email miciofrancoadu@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.

COMPROVANTE
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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\$ 9.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BRABESCO 237	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 01912 <input type="text"/>
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 6598 <input type="text"/> 6	

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. Grande, 29 de Agosto de 2018.
Local e Data

Giovanni Junior Pereira
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

Agencia : 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: 887376 Hora Rede: 11:20:14
Terminal: 00101318



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 Junior Pereira
------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Giovanni Junior Pereira		CPF titular da conta 11440949417	Profissão Agrônomo
Endereço Sítio Titang		Número SIN	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Pernambuco	Estado PB	CEP 58398-000
Email inacio.bruno.olv@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"/> RECUSO INFORMAR <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"/> 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\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: BRADESCO NRO: 237		BANCO Nome: BRADESCO NRO: 237	
AGÊNCIA NRO: 1912 D/V: 7		AGÊNCIA NRO: 1912 D/V: 7	
(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. Grande 05 de **Outubro** de 2018.
Local e Data

Giovanni Junior Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Use já seu **CARTÃO DE DÉBITO** para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a **senha de 6 dígitos** para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

0842-4025 INDY

6504 9495 3265 9105

VALID THRU
08/23

GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

elo



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



OCCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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, aí, por volta das 08:36 horas, compareceu o Sr. GEOVANNI 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 Nº 4.308.166, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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 nº 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 CPTRan, 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

Geovanni Junior Pereira
GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
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

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

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

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



C. Grande 17 de Agosto
Local e Data

Geovanni 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



ITALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192

JOSELIO DOS SANTOS
SIT TITARA, SN - AREA RURAL
REMÓIO / PB CEP 58900-000 (AQ. 71)

Emissão: 19/07/2018 Referência: Jul/2018

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9730, Km28 - Cria Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 10 - 73 - 310 - 1640 NF-meio: 00008378215

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.965.193/0001-40 Ins. Est. 15.015.9232

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009 726 020
Cód. par. DTA Automática: 00010212000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jul / 2018	19/07/2018	20/08/2018	064.088.646-0

UC (Unidade Consumidora): 5/1526389-0

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/06/18	Leitura 7198	Data 19/07/18	Leitura 7272	1

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala	ICMS (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	ICMS (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo em kWh	74,000	6,717630	50,10	53,10	25	13,27	53,10	0,57
0801	Adic. B. Vermeles			5,36	5,36	25	1,34	5,36	0,06
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 05/2018			-0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 64,59 59,46 14,91 59,46 0,63 2,62

Parcela (última parcela em reais)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
00	26/07/2018	R\$ 64,59

Histórico de Consumo (kWh)

49	56	64	50	68	56	58	59	66	36	29	77
Jul/17	Agos/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18

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

Indicadores de Qualidade			Correção do Consumo		
Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,74	7,82	Serviços de O. At. de Energia PB	14,01	21,83
DIC TRIMESTRAL	23,48		Consumo de Energia	20,29	31,29
DIC ANUAL	46,96		Serviço de Transmissão	2,15	3,33
FC MENSAL	7,74	1,00	Encargos Setoriais	3,98	6,19
FC TRIMESTRAL	15,49		Impostos Diretos e Encargos	24,47	37,78
FC ANUAL	30,98		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	8,49	7,82	Total	64,77	100,00
DICR	15,60				

Valor de EUI (R\$) 5/2018: R\$ 7,95

ATENÇÃO

- REAT. 100: Caso a fatura não seja paga no prazo em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/08/2018. Conforme Resolução 414/ANEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada via e-mail, antes da suspensão. Na unidade consumidora para comunicação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS DE REAT. 100, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Letura confirmada

Faturas em atraso

Jun/18	63,80
Fev/18	49,77

PARAIBA

Roteiro: 10 - 73 - 310 - 1640
Matrícula: 1526389-2018-07-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/07/2018	R\$ 64,59

83690000000-8 84590054000-8 15263892018-0 07500073019-4



TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREA, 1025 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 59420000 (AO: 401)

Emissão: 25/07/2018 Referência: Jul/2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFASICA 98155-
Roteiro: 14-401-754-1992 IP medidor: 00009067924

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três irmãos - Campina Grande/PB - CEP: 59423-700
CNPJ: 08.926.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.838-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001508193
Cód. para Débito Automático: 0902510013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Jul/2018	25/07/2018	24/08/2018	983.359.944-2

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 25/06/18	Data 25/07/18			
Leitura 1119	Leitura 1216	1	97	30

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc	Alíq.	Imposto	Base Calc	Porcentagem
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)	
0601	Consumo em kWh	97,000	0,720000	69,84	69,84	25	17,46	69,84	0,71
0601	Adic. B. Vermelho	7,00	7,00	25	1,75	7,00	0,97	0,97	0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	18,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE	0,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018	1,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	1,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl: Código de Classificação do item TOTAL 92,03 78,84 18,31 78,84 0,79 9,80

Média elétrica mensal (kWh) 58

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

Histórico de Consumo (kWh)

9 | 10 | 15 | 0 | 48 | 10 | 0 | 43 | 179 | 105 | 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 CLIENTE 1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a

5/2018 - BELA VISTA

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAIS	0,21	0,00	NOMINAL 220
DC TRIMESTRAL	10,82		
DC ANUAL	21,25		
FC MENSAIS	3,39	0,00	CONTRATADA 203
FC TRIMESTRAL	6,77		LIMITE INFERIOR 203
FC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR 221
FC 5 ANOS	3,00	0,00	
FC 6 ANOS	12,34		

Discriminações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - PD	14,67	15,83
Cargos de Energia	28,92	31,32
Serviço de Transmissão	3,56	3,87
Encargos Sotérios	9,20	9,74
Impostos Diretos e Encargos	38,79	42,14
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,03	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2018) R\$ 29,34

Atenção: - Leitura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BORBOREMA

Roteiro: 14-401-754-1992 Matrícula: 251501-2018-07-8

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

8367000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1



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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Inacio Bruno Semente inscrito (a) no CPF 036 781 814 / 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Giovani Junior Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 114 409 494 / 17 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima
Giovani Junior Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 409 494 / 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 Dinamunee Corua</u>		Número <u>1082</u>		Complemento <u>loja 02</u>	
Bairro <u>Dynamunee</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>54100-000</u>		
Email <u>Inacio Bruno Semente@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>7333341289</u>		Telefone celular (DDD) <u>8399885049</u>	

Campos, 17 de Agosto de 2018
Local e Data

Inacio Bruno Semente
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Magno Ramos de Arruda,
RG nº 4310607, data de expedição 20/02/2015
Órgão SSP/PB, 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 Gruta do Cobra, nº S/N,
complemento zero qual, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Georami Junior Pereira, cujo o condutor era
Georami Junior Pereira.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Pop 100
Ano: 2012
Placa: OFF395H/PB
Chassi: 9C2HB0210C R033413
Data do Acidente: 9/12/2017
Local e Data: Remigio 23/07/2018

Magno Ramos de Arruda
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO MAIA DE ALBUQUERQUE
Tabelião: João Francisco B. de Albuquerque
Rua Santa Rita, 130 - Centro - CEP: 58.397-000 - Areia - PB
Fone: (31) 3362-2273
República Federativa do Brasil - Comarca de Areia - PB -
Cartório de 1º Ofício. Reconheço verdadeira a letra e firma, (POR
AUTENTICIDADE) DE MAGNO RAMOS DE ARRUDA. Dou fe.
Selo Digital de Fiscalização - Normal tipo B AHA54225 - XM5M.
Areia, 23.07.2018. Eu, João Francisco de Albuquerque, Escrevente do
Notário.

[Assinatura]



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

09/12/2017

Alcoolismo e S/ Rastreio

HTCG-Panel Administrativo

Quirurgia

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1558799

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 09/12/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

PACIENTE: GEOVANNI JUNIOR

CEP: 58398000

Nascimento: 12/04/1995

PEREIRA

Sexo: M

Telefone: 996828417

Endereço:

Idade: 022

Bairro: CENTRO

Cidade: Remigio

RG: 4308166

Nº: 0

Nome da Mãe: CARMITA JOSEFA DA CONCEICAO

CPF: 11440549417

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GEOVANA PEREIRA

Data de

CNS: 708905721105617

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 09/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 19:53:27

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-cortante
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguirimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otoregia
30. Paralisia
31. Paroste
32. Parêstesia
33. Queimadura
34. Rinite aguda
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Prontuário atualizado de acidente automobilístico na +1
 com trauma de alto grau em uso de Prontuário 6000
 (com 100% de recuperação de uso de Prontuário 6000)
 Prontuário 6000 e Prontuário 6000 em
 Prontuário 6000.

Prontuário 6000 e Prontuário 6000

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Escóricas () Antiescóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARCEIRO MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às 20:00 Dia 1 / 1Especialista: 1, às 20:00 Dia 1 / 1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Ata da Comissão	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Pessoa
 Médico
 CRM 12345





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>GOVANNI JUNIOR PEREIRA</u>	
End: _____	Bairro: <u>Remião</u>
Data de Nascimento: <u>12/04/1995</u>	Documento de Identificação: _____
Queixa: <u>Acidente</u>	Data do Atend.: <u>09/12/17</u> Hora: <u>19h</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? <u>Não</u> () Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória: _____	Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____	Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional



Nome do Paciente GEOLANHI JUNIOR RANZINI		Nº Prontuário	
Data da Operação 09/12/12	Enf.	Leito	
Operador DR RANNA		1º Auxiliar DR YURY	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador DR A. A.	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fx exposta ossos da perna (2)			
Tipo de Operação Fixador externo + Lmc.			
Diagnóstico Pós-Operatório o mesmo.			
Relatório Imediato da Patologia P			
Exame Radiológico no Ato NAO			
Acidente Durante a Operação NAO.			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em DDH sob anestesia.
- 2) Aspirin + Antiseptin + campo estéril.
- 3) Linc + desbridamento de tecidos desvitalizados.
- 4) Produção cruenta da parede.
- 5) Fixação externa.
- 6) Fechamento de proximidade.
- 7) Curativo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Yvete Paiva Câmara
Osteodentista
Apoio 101

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Celso Anni Junior Pereira on 12/04/05
 QI: Sala 03 LEITE: S.U.S CONVENIO: 22 anos IDADE: 1558799 REGISTRO:

CIRURGIA: Tratamento cirurgico de
Intusussuscepção de Tírbia
 ANESTESIA: Raqui CIRURGIÃO: Dr. Yuri
 ANESTESIA: Dr. Felipe

INSTRUMENTADORA: Costa DATA: 09/12/17 INICIO: 22:40 FIM: 23:45

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Cera p/ osso
	Inova ml		Ethibond
	Ketalar ml		Ethibond
	Mercaina % ml		Ethibond
	Nubahin amp.		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		Mononylon 2.0 ***
	Thionembul ml		Mononylon
	Tracrium amp.		Prolene Sertix
			Prolene Sertix
			Prolene Sertix
			Prolene Sertix
			Vicryl Sertix
			Vicryl Sertix
			Vicryl Sertix

Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS
02	Água Destilada amp.		SG Normotérmico fr 500 ml
02	Decadron amp.		SG Gelado fr 500 ml
02	Dipirona amp.		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Flaxidol amp.		SG Ringr fr 500 ml
	Flebocortid amp.		SG fr 500 ml
	Geramicina amp.		
	Glicose amp.		
	Glucón de Cálcio amp.		
	Haemacel ml		
	Heparema ml		
	Kanakiol amp.		
	Lasix amp.		
	Medrotinazol.		
	Plasil amp.		
	Prolamina		
	Rev-van amp.		
	Stuplanon amp.		
	Cefalotina 1g		
	Dexametazone		
	Nauseidion		
	Tenaxion		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
02	Agulha desc. 25 x 40 x 12		SG Normotérmico fr 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28		SG Gelado fr 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4.5		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Agulha p/ raque nº 25		SG Ringr fr 500 ml
05	Álcool de Enfermagem 70%		SG fr 500 ml
	Álcool Iodado ml		
02	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
02	Agulha desc. 25 x 40 x 12		SG Normotérmico fr 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28		SG Gelado fr 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4.5		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Agulha p/ raque nº 25		SG Ringr fr 500 ml
05	Álcool de Enfermagem 70%		SG fr 500 ml
	Álcool Iodado ml		
02	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
02	Agulha desc. 25 x 40 x 12		SG Normotérmico fr 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28		SG Gelado fr 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4.5		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Agulha p/ raque nº 25		SG Ringr fr 500 ml
05	Álcool de Enfermagem 70%		SG fr 500 ml
	Álcool Iodado ml		
02	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Lote: 089603 Código: AFJ5 8 680
 Fabric.: 15/08/2017 Val.: 08/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650028
 Material: Aço Inox F138
 Lote: 090167 Código: F08 7 203
 Fabric.: 21/08/2017 Val.: 08/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650031
 Material: Aço Inox / Alumínio

Lote: 089603 Código: AFJ5 8 680
 Fabric.: 15/08/2017 Val.: 08/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650028
 Material: Aço Inox F138
 Lote: 090167 Código: F08 7 203
 Fabric.: 21/08/2017 Val.: 08/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650031
 Material: Aço Inox / Alumínio

S-CHECKS
 ELAZATION MONITORS
 FOLIO 1001 140001

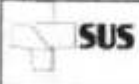

SEFAM ISO 11140-1 CLASS/CLASSE 4
 INDICADOR MULTIPARAMETRO INDICADORA

COMPREV PREVENÇÃO DE INFECÇÃO
 23 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

- () Foco Auxiliar
- () Eletrocautério
- () Oxímetro
- (X) Cardiomonitor
- (X) Respirador Elétrico
- () Fonte de Luz

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

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

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
GEOVANNI JUNIOR PEREIRA	1558837
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
708905721105617	12/04/1995
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	CARMITA JOSEFA DA CONCEICAO
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
83 996828417	? , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD/IBGE MUNICÍPIO
Remígio	251270
15 - UF	16 - CEP
PB	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	
Exame + Rax-x	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Tratamento Cirúrgico	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
	02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
JOSE RENNA GOMES DA SILVA	09/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
	37 - N° DO BILHETE
	38 - CNPJ EMPRESA
	39 - CNAE DA EMPRESA
	40 - CBOR
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 AGO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Lendo

José Vanni Muniz Lima
foi operado neste momento
fratura para o RA T09
meses, Rx: Retardo de
consolidação óssea.
Conduta: Pizar com uma
muleta para uma mobil
no membro inferior (F),
Reque no acompanhamento
ambulatorial CID: S82

07/01/2013

PROTOS

01.08.10

Data

Dr. Eduardo Braga Morais

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

CRM 6388



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

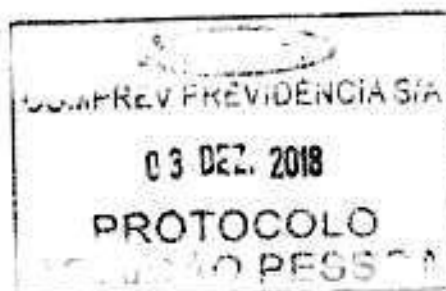
LAUDO MÉDICO

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.
Médico Ortopedista
CRM-PB 7103

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL

INSTITUTO DE POLÍCIA CARCERÁRIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-150




Giovanni Junior Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 4.308.166 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/02/2015

NOME GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

RELACÃO JOSELITO PEREIRA
CARMITA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 12/04/1995

DIG. ORIGEM

NASC. N. 3832 FLS. 023V LIV. A05

CARTÓRIO MONTADAS-PB

114.409.494-17

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABL 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AP144766-7036
 Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Marques do Herivel, 83 - Centro Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.845/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé 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
 Tabelião

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.954/94)



ASSINATURA DO TITULAR

Antonio Carlos Sacramento



IDENTIFICAÇÃO



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

FRANCISCO BRUNO E SILVA
 MARIA AUXILIADORA SARNENTO

CLASSIFICACAO: 21472

DATA DE CADASTRO: 24/10/1978

CPF: 028.785.814-08

DATA DE EXERCICIO: 02/2003/2017

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 23 Abr. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 011545690752

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM 20150590004261-8 EXERCÍCIO 2014

1 0047897215-6 00/00000000 2014

MAGNO RAMOS DE AFRUDA

12312216400 OFF3957/PB

NOVO PB 9C2HB0210CR033413

PAS/MOTOCICLE/MNO APLIC

HONDA/POP100

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 21/05/2015

FAIXA LTV 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 03/10/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

REMITIO-PB 14001

27/05/2015

31054

PB Nº 011545690752 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

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 27/05/2015

1 12312216400 OFF3957/PB

RENAVAM 00478972156 HONDA/POP100

ANO FIB 2012 DE TAF 9 9C2HB0210CR033413

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

PAGO

DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2014

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.338.008/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0724532-20150527

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 Abr. 2018
PROTOCOLO
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

(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, 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

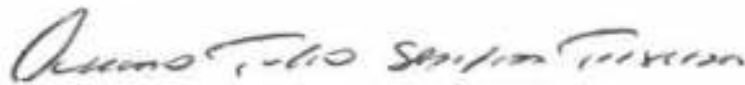
Região Corporal (Sequela):

% 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

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



Luciano Tulio 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 ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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, DESCRREVENDO 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 ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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 Tulio 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 Tulio 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: Georani Junior Pereira brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão agricultor, inscrito
no CPF de nº. 114.140.914.941-17, e no RG de nº 4.308.166, residente
e Domiciliado a Rua: Sítio Titara, zona rural, nº SN,
Bairro Sítio Titara, na Cidade de Remigios,
Estado Paraíba, CEP _____.

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.

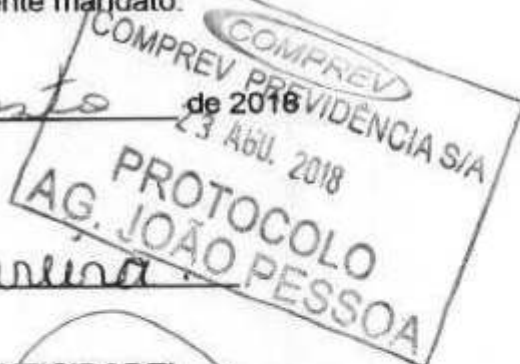
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Georani Junior Pereira, ocorrido em 09.12.2017, 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



Georani Junior Pereira
Outorgante



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310628/18

Número do Sinistro: 3180392924

Vítima: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

CPF: 114.409.494-17

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANNI JUNIOR
PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

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

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANNI JUNIOR PEREIRA

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