

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** LUIZ BERNARDO DA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3180183918  
**Vitima:** LUIZ BERNARDO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 17/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183918**.

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](http://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 Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** LUIZ BERNARDO DA SILVA

**Sinistro:** 3180183918

**Vítima:** LUIZ BERNARDO DA SILVA

**Data do Acidente:** 17/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**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 3180183918** 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](http://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, 06 de Junho de 2018

Carta n°: 12920433

A/C: LUIZ BERNARDO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180183918  
**Vitima:** LUIZ BERNARDO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 17/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

**Creditado: LUIZ BERNARDO DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000004020-7**

**Conta: 000010006379-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>843,75</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%**

**Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75**

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00722.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00722.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: A(s) 08:48 horas do dia 18 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luiz Bernardo da Silva**, CPF nº 893.642.104-25, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Mecânico Junior, filho(a) de Maria Catota da Silva e José Bernardo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/10/1974 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio Coelho de Souza, Nº 1125, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Bar da Custela, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-0392.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Viaduto, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/09/17 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante no dia 17/09/2017, por volta das 17:30 horas, quando pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo HONDA NXR 160 BROS ESD de cor vermelha, ano e modelo: 2015, placa QFK 4465/PB, Chassi nº 9C2KD0800FR037671, Registrado em nome de Waldei Bernardo da Silva, CPF nº 023.142534-18; QUE, segundo o notificante ao chegar na BR 230 cruzamento com a BR 101, próximo ao viaduto das três lagoas, o notificante perdeu o controle do veículo, devido a mesma ter derrapado e veio a cair ao solo, Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 05/02/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. OBS: CID 10 T14,9

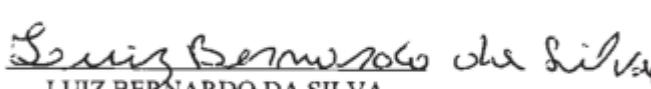
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de abril de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação



  
LUIZ BERNARDO DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00722.01.2018.1.00.420

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

*Luis Bernardo da Silva*

CPF da Vítima

*893.640.101-25*

Data do Acidente

*37-09-17*

**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.

*Boa Vista, 07 de Fevereiro de 2018*

Local e Data

*Luis Bernardo da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

23 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOAQUIM SOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 804/022, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1825034, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LUIZ BERNARDO DA SILVA, idade: 43 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 17/09/2017, nas proximidades das Tres Lagoas - João Pessoa - aproximadamente às 19:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Abril de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS: Regist. 10111

~~SAMU 192 JP~~

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

23 APR 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ BERNARDO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010006379-9

---

Nr. da Autenticação E21FD1B4F2AF1CF3

ANA GLORIA LAUDELINA SINFRONIO  
RUA CIRCULAR MACULADA, 1125 - MACULADA  
BAYEUX / PB CEP: 58309005 (AD: 1)

Emissao: 21/03/2018 Referencia: Mar/ 2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFASICO B1290, Km 25 - Crato Residencial - Jatai Pessai / PB - CEP58207-080  
Refer: 12-8-674-6520 N° medida: 00004178093



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.065.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N°003 886 442  
Cód. para Det. Automatiz.: 00004142220

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	21/03/2018	20/04/2018	3139104480 Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** **5/414222-0**

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Instituída pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002)
- Furtar de energia é o maior roubado. Pode provocar os mesmos graves, além de ser crime e dar cadeia. Ele é só o começo, os que não faz o futei prejuízo só a si. Isso só forma mais que pode causar morte de crianças, doentes e idosos, estresse e até morte.
- Chame os voluntários e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Lefura	Data	Lefura	
<b>Demonstrativo</b>					
CCI - Descrição					
	Quantidade	Tarifa (R\$)	Válida Base Cál. Aliq. Icms(R\$) ICMS	Base Cál. Pd(R\$) Pd(R\$)	
		Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$) ICMS	Per Cál(R\$) (0,6777%) (0,1214%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,246540	7,34 7,34 27	1,98 7,34 0,04 0,22	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,418900	29,39 29,39 27	7,83 29,39 0,20 0,92	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	21,000 0,828040	13,22 13,22 27	3,57 13,22 0,09 0,41	
0810	Subsídio	35,51	35,51 27	9,85 35,51 0,25 1,14	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>					
0807	CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	1,48	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0808	Devolução Subsídio	-25,57	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL: 84,65 68,48 23,34 88,45 0,58 2,09

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**  
**11/04/2018** **TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 64,65**

**Histórico de Consumo (kWh)**  
108 | 110 | 110 | 77 | 107 | 132 | 116 | 128 | 126 | 121 | 135 | 138  
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

d1ec.3161.e012.157e.7bbf.39ac.9a59.811b.

Indicadores de Qualidade 1/2018-Baixa Rta			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIAMENSAL	5,85	0,00	Serviços de Dist. da Energisa PB	13,22	20,48
DICTRIMESTRAL	11,10	0,00	Companhia de Energia	15,65	24,21
DIÇANUAL	22,71	0,00	Brink de Transmissões	2,03	3,14
FIÇAMENSAL	3,42	0,00	Encargos Fiscais	3,87	5,68
FICTRIMESTRAL	6,05	0,00	Impostos Diretos e Encargos	20,07	48,51
FIÇANUAL	13,70	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
QCC	3,20	0,00	Total	64,65	100,00
DCRI	12,22				

Valor do EUSD (Ref. 1/2018) R\$21,20

**ATENÇÃO**  
- Sua unidade foi faturada como Série Retida, tendo um desconto de R\$35,27

**Faturas em atraso**

22 ABR 2018  
AG. JOKO PROTOCOLO PESSOA





COPIA PREVIA DE DOCUMENTO  
23 ABR. 2021  
PROTÓCOLO  
AG. JOAKO PESSOA

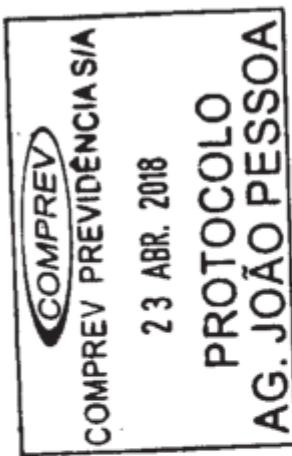
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO FEDERAL DA FRAZ  
(IDENTIDADE DE ADVOGADO)

JOSÉ EDUARDO DA SILVA

12576



JOSEFA GERVASIO DA SILVA  
INTERNAUTA  
JOÃO PESSOA-PB  
Nº 1.054.352 - Série 005  
Data de cadastro: 13/03/2013  
Data de validade: 13/03/2018  
NÃO  
VIA FEDERATIVA  
MELHOR



05101485



05101485



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183918      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ BERNARDO DA SILVA      **Data do acidente:** 17/09/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO UMERO DIREITO

**Descrição do exame** AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

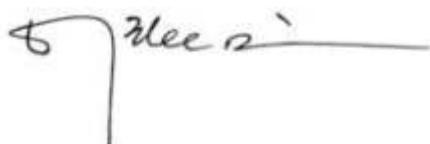
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

José Bernardo da Silva, brasileiro(a), estado civil união estável profissão mecânico, CI RG nº 1642648, CPF/MF nº 893.642.104-25 residente e domiciliado(a) à Rua lurcular Imaculada, 1125 - Imaculada, Cidade de Bayeux, Estado Paraíba, CEP: 58309-035, telefone 83-98663-4900, 99342-1170.

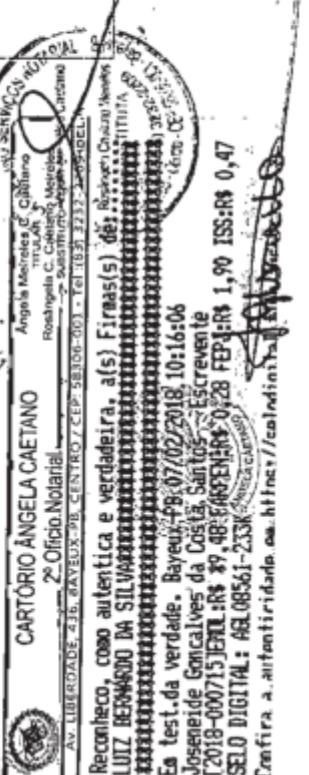
OOUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG sob o nº 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaíra, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Bayeux, 07 de fevereiro de 20 18.

X Luis Bernardo da Silva

OOUTORGANTE



**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: **3180183918**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ BERNARDO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Circular Imaculada da Conceição, 1125 - Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-035**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1642648**

Data e local do acidente: [ **17/09/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **23/05/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO UMERO DIREITO**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, FISIOTERAPIA**

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

**AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do ombro direito**

**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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% 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.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB