



Número: **0808564-82.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO BEZERRA DE SOUZA (AUTOR)		ANTONIO DUARTE VASCONCELOS JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31474 269	11/06/2020 12:50	2725748_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180223587**
Vítima: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**
Data do Acidente: **16/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180223587**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML 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

Pag. 01053/01054 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12825063



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180223587**

Vítima: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **16/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180223587**.

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 12827773

Pag. 01543/01544 - carta_01 - INVALIDEZ



00020772



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**

Sinistro: **3180223587**
Vítima: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**
Data do Acidente: **16/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS**

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 **3180223587** 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

Pag. 00881/00882 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12915533



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 13001136

A/C: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180223587
Vitima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
Data do Acidente: 16/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS

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: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000042770-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00923/00924 - carta_15R - INVALIDEZ

00020462



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: 012.832.734-17 Nome completo da vítima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>RODRIGO BEZERRA DE SOUZA</u>	CPF titular da conta <u>012.832.734-17</u>	Profissão <u>VIGILANTE</u>
Endereço <u>RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA</u>	Número <u>60</u>	Complemento <u>AP 105</u>
Bairro <u>GRAMAME</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email _____	Estado <u>PA</u>	Telefone (DDD) <u>(83)-99198-2308</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATE R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (311)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1033 O/V: 42770 D/V: 0

(Informar dígito se existe) (Informar dígito se existe) (Informar dígito se existe)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar dígito se existe) (Informar dígito se existe) (Informar dígito se existe)



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

JOÃO PESSOA, 11 de MARÇO de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.832.734-14

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

CPF titular da conta

072.832.734-14

Profissão

VIGILANTE

Endereço

RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA

Número

60

Complemento

APT 105

Cidade

GRAMAME

Cidade

SOAO PESSOA

Estado

PB

CEP

58000-000

E-mail

Telefone (DDD)

(83)99198-2308

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

DIV

AGÊNCIA

Nº

Informar dígito se existir

1033

CONTA

Nº

Informar dígito se existir

42470

DIV

0

Informar dígito se existir

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

SOAO PESSOA 29 de Maio de 2018

Local e Data

Rodrigo Bezerra de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPFF001 V001/2017





15 MAIO 2018

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00675.01.2018.1.00.420

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00675.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:42 horas do dia 11 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wagner Gonzaga da Silva Junior**, CPF nº 052.342.114-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador de Máquina de Produção, filho(a) de Maria Jose Bezerra de Souza e Wagner Gonzaga da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 09/11/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Carneiro Paiva, Nº 60, complemento AP. 105 - RES. MAISON 4, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99198-2308.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Maria de Araújo, De Frente Ao Mercadinho, João Pessoa/PB, bairro Valentina/Parque do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/01/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

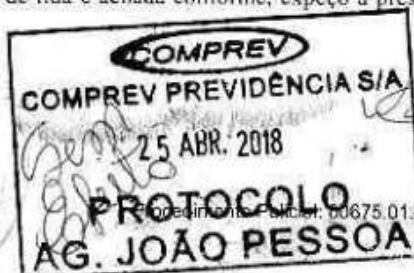
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2011/2011, PLACA PFJ3043/PE, CHASSI 9C2KC1670BR361609, registrada em nome de DIMAS JOSE DE OLIVEIRA onde na garupa estava RODRIGO BEZERRA DE SOUZA (Brasileiro, natural de Paulista/PE, casado, vigilante, nascido aos 10.02.1986, com 32 anos de idade, filho de Maria José Bezerra de Souza e de pai não declarado, residente no mesmo endereço do noticiante, tel. 991982308, CPF. 072.832.734-17), quando perdeu o controle ao desviar de um CICLOMOTOR não identificado vindo a cair ao solo e em decorrência DIMAS JOSE DE OLIVEIRA veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 03.04.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que o noticiante não machucou-se; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 02/05/2018, à(s) 12:05 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Informa o noticiante que a referida MOTO DE PLACA PFJ3043/PB não está registrada em nome de Dimas Jose de Oliveira, como consta acima, e sim no nome de WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR.. Adendo registrado por: Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula: 1819003.

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

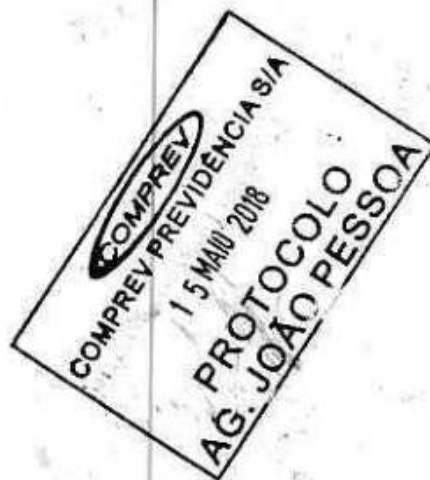


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2018.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Wagner Gonzaga da Silva Junior
WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 00675.01.2018.1.00.420

2/2



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: RODRIGO BEZERRA DE SOUSA CPF da Vítima: 072.832.734-14 Data do Acidente: 16/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

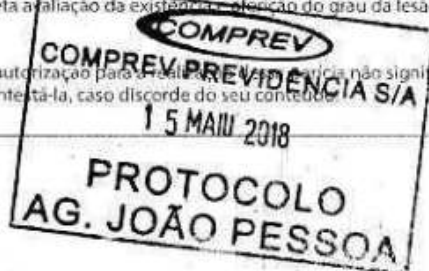
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise do meu requerimento de indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter ao procedimento de documentação da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do Seguro DPVAT, da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para o estabelecimento da perícia não significa prova concordância ou reconhecimento de culpa médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



JOÃO PESSOA 11 de MARÇO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL 001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

CPF da Vítima

072.832.734-17

Data do Acidente

16/01/2018

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 pela 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 a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou seja, 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 quitação ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPROMISSO
COMPROMISSO
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de MAIO de 2018

Local e Data

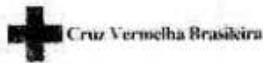
X Rodrigo Bezerra de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1056126



Identificação do paciente						
ID 1252327	Nome RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31 anos 11 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88693101	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB			
E-mail	Naturalidade PAULISTA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58067303	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antonio Carneiro de Paiva			
Número 60	Complemento	Bairro Gramame				
Admissão						
Data e Hora 16/01/2018 20:45:41	Número da pulseira 100006177859	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente internado sob observação com trauma, lesão de cabeça e membros superiores e inferiores por acidente.</i>						
Diagnóstico	34ª Unidade de Cuidado Enfermeira CBBEM 232607					CD
Atendido por HELENO JOVENTINO DE VASCONCELOS	Tempo 44seg					



16/01/2018 20:4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112504782200000030189224

Número do documento: 20061112504782200000030189224

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000042770-0

Nr. da Autenticação BE5A40EFC4F366CF

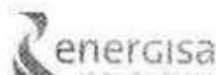


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Código para acesso ao pagamento da nota fiscal: 1005 516 515



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 235, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 51871-000
CNPJ 08.081.181/0001-40 - Ins. Est. 15.015.822-0

DADOS DO CLIENTE

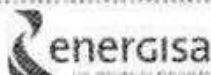
RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA 60 AP 105
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1852827-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	30/04/2018	103	08/05/2018	R\$ 80,50

Acesse: www.energisa.com.br



EXTRATO 2018

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Roteiro: 18-005-641-1389

83510000000-6 80500149000-4 18528272018-3 04500005019-0

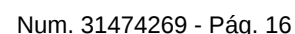
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
08/05/2018	R\$ 80,50	1852827-2018-04-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:50:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112504782200000030189224>

Número do documento: 20061112504782200000030189224





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT; contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 LEONARDO DANTAS Y. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.946.714 / 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGO BEZERRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os comprovatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, o 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	Número	Complemento
<u>AV NÉGO</u>	<u>720</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>TAMBÁU</u>	<u>JOÃO PESSOA</u>	<u>PB</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	CEP
<u>ADVLEODANTAS@GMAIL.COM</u>	<u>(83) 99123-6607</u>	<u>58039-101</u>
		Telefone celular (DDD)
		<u>(83) 2526-6695</u>

JOÃO PESSOA, 15 de MARÇO de 2018
Local e Data

Leonardo Dantas
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

RG nº 6588837 data de expedição _____
Orgão SSP/PE, portador do CPF nº 052.342.114-10 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA LOPEZ, 105, GRAMAME nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RODRIGO BEZERRA DE SOUZA cujo o condutor era
WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: CG 150 FAN EST
Ano: 2011
Placa: PFJ 3043
Chassi: 9C2KC1670 BR361609
Data do Acidente: 16/01/2018
Local e Data: JOÃO PESSOA, 12 DE ABRIL DE 2018

1º OFÍCIO
DISTRITAL

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Wagner Gonzaga da Silva Junior
Assinatura do Declarante

Wagner Gonzaga da Silva Junior
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a firma de WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR, [109021], J.Pessoa-PB, 11/04/2018 17:21:47
Emol R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepis:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA/OSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital AGT74495-319T Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Rodrigo Bezerra de Souza
DATA DE NASCIMENTO 10/02/86
NOME DA MÃE Marisa José Bezerra de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 106634
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1056126
DATA DO ATENDIMENTO 16/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em perna e joelho esquerdo, dor e limitação funcional. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E, perna E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RV - fratura de platô tibial E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 11/02/18
DATA DA EMISSÃO: 03/04/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Centro Verônica Brandão



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Gerador: Fernando Lázaro



GOVERNO
DO PARÁ

Documento de Alta

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA		Número Prescrição: 196834	
Data de: 10/02/2018	Sexo: Masculino	Data de Internação: 16/01/2018 22:47:12	Data de Alta: 11/02/2018 12:01:40
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018 USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			
Resumo da internação: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Resultado de Exames: RX FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO -			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			

Data: 11/02/2018

MATHEUS MARINHO ENCONTADO
CRM: 10204 - PR





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RODRIGO BEZERRA DE SOUZA		SAE 1056126	Data/Hora Entrada 16/01/2018 20:45:41	Data Baixa				
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 88693101 / (00) 00000000				
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA				Prontuário				
Endereço Antonio Carneiro de Paiva, 60		Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB				
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MISAEEL EUSTAQUIO MENDES DE LUCENA	Nº Cens. Regional 2155/PB					
a Classificação 31.20.18 20:45:41		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 21:00:55						
Nº Matrícula		Senha						
anamnese PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO REFERINDO DOR NA PERNA E JOELHO ESQUERDO. NEGA DOR ABDOMINAL E CEFALIA.								
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA								
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL) RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA								
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Traumatismo não especificado</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição		Traumatismo não especificado
Código	Descrição							
	Traumatismo não especificado							
luta servação								

Misael Eustáquio M. Lucena
Cirurgia Geral / Video Laparoscópica
CRM - 2155

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

MISAEEL EUSTAQUIO MENDES DE LUCENA
(: 2155/PB)



Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 16/01/2018 20:46:25

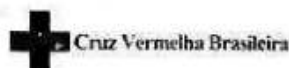
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=192400&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112504782200000030189224

Número do documento: 20061112504782200000030189224

Num. 31474269 - Pág. 21

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	BAE 1058126	Data/Hora Entrada 16/01/2018 20:45:41	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 88693101 / (00) 00000000
Endereço Antonio Carneiro de Paiva, 60	Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 5/01/2018 20:45:41		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:16:17	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

Ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito hoje. Queixando-se de dor em joelho esquerdo

EF: Dor e limitação de MIE. Escoriações superficiais em joelho.

RX: Fratura de platô tibial

CD: Internação hospitalar

Staff: Dr. Kartney

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)



CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D!)

PROCEDIMENTO

JOELHO TALÁ

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tíbia

Conduta

Internar Paciente

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HECTSA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rodrigue Bezerra de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1056326

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/02/1986

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 4,5 hora pago. 1
ex parafuso 4,5. 1
Placa em L 5/2 diâmetro
Placa em T 4 furos.
Parafusos calibrais: 32 L; 36 L; 46 L
Parafusos esponjoso 6,5 - 65 roca 36 L

Parafuso esponjoso 6,5 roca 32 L

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

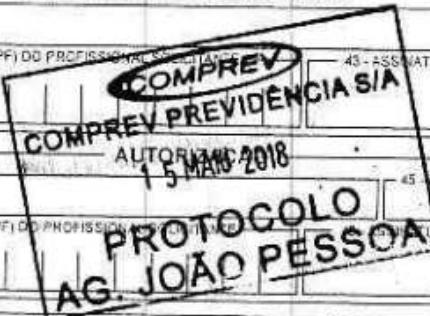
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRL

Nome: Rodrigo Benício BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/02/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento de Fratura de Plosta Tibial E
Cirurgião: Dr. Odilon Filho 1º Assistente: Dr. Milton Simões
2º Assistente: Dr. Vitor MRL 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de Plosta Tibial Espontânea	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tratamento cirúrgico de Fratura de Plosta Tibial Espontânea	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

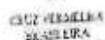
Médico/CRM: _____

João Pessoa, 05/02/18



F(NG)ASC(1R) 000.1





NOME DO PACIENTE: **Rodrigo Bezerra de Souza**
 IDADE: **31** SEXO: **M** NÚMERO DO CARTÃO: **1056126** INTERMÉDIA: **13** LEITO: **04**
 LOCAL: **Trat. Cirúrgico Fratura do Platô Tibial**
 CIRURGIÃO: **Dr. Odilon** ANESTESISTA: **Dr. Fabiano**
 ANESTESIA: **Ureque**
 ANESTESISTA: **Dr. Fabiano**
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Roxane**
 DATA: **09/02/18** TEMPO CIRÚRGICO: **11:00** CIRURGIA INICIADA: **13:20**
 NOME DO LUGAR DE TRATAMENTO: **ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)**
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS	QTD
LENTANILA	5 R. L 500	JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
NEUPRIVACAINA ISOBARICA	1 SF 500 R	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
NEUPRIVACAINA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
ETILAMPIA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETILAMPIA		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
ETILAMPIA		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	3,0
ETILAMPIA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	40
ETILAMPIA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETILAMPIA		LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETILAMPIA		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETILAMPIA		LAVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
ETILAMPIA		LAVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETILAMPIA		LAVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO SEDA Nº	
ETILAMPIA		LAVA ESTÉRIL Nº10		FIO SEDA Nº	
ETILAMPIA		LAVA ESTÉRIL Nº15		FIO SEDA Nº	
ETILAMPIA		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
ETILAMPIA		MÚLTIPLOS		CATETER DE PIC	
ETILAMPIA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
ETILAMPIA		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ETILAMPIA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ETILAMPIA		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ETILAMPIA		SERINGA 5ML		FIO STEEDMAN Nº	
ETILAMPIA		SERINGA 10ML		FIO STEEDMAN Nº	
ETILAMPIA		SERINGA 20ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
ETILAMPIA		SUNDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ETILAMPIA		SUNDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ETILAMPIA		SUNDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ETILAMPIA		SUNDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PROLAP.	
ETILAMPIA		SUNDA ASP. TRAQUEAL Nº16		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº16		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº18		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº20		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº22		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº24		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº26		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº28		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº30		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº32		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº34		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº36		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº38		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº40		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº42		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº44		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº46		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº48		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº50		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº52		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº54		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº56		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº58		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº60		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº62		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº64		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº66		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº68		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº70		PROLAP. EXTERNO	
ETILAMPIA		SUNDA FOLEY 2VIAS Nº72		PROLAP. EXTERNO	



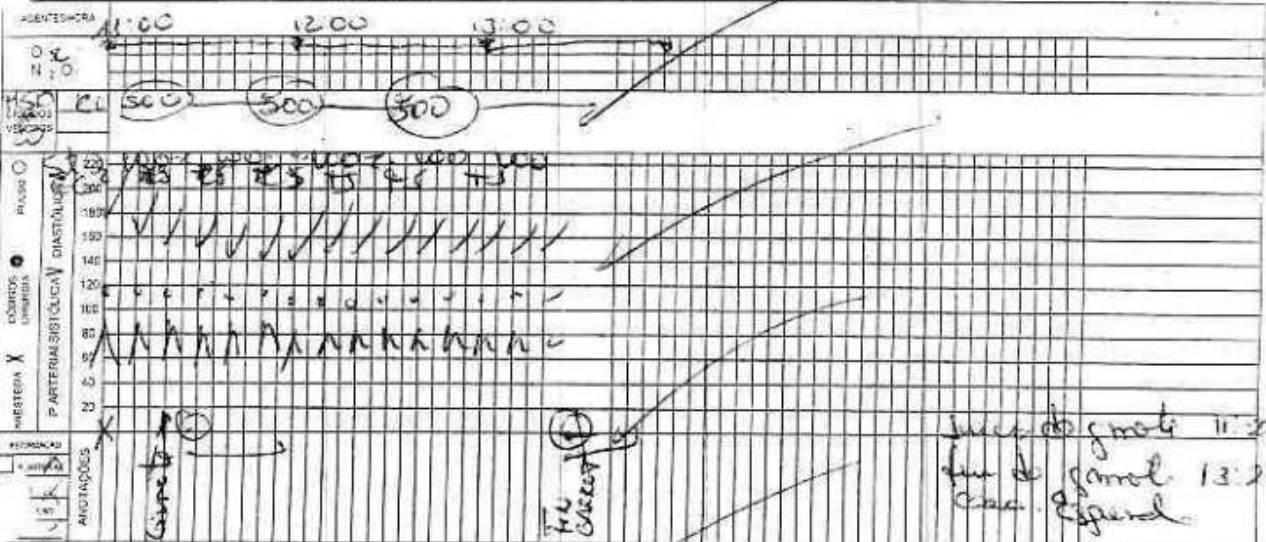
FICHA DE ANESTESIA

HELENA

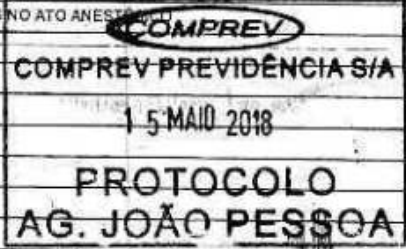
DATA: 09/06/18

PRONTUÁRIO: 006126

PACIENTE: Rodrigo Bezerra de Souza	SEXO: M	COR: Br	IDADE: 39
PRESSÃO ARTERIAL: 120/70	PULSO: 140	RESPIRAÇÃO: 20	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES: VVP			
AP. RESPIRATÓRIO: Eupneia	AP. CIRCULATÓRIO: HAS - Taquicárdica		
AP. DIGESTIVO: Jejum	ESTADO MENTAL: 2. O.T.G.	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA	ESTADO FÍSICO (ASA): ASA II		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de plavella tibial (E)			
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirurgico Fratura de plavella tib			
CIRURGIÃO: Dr. Odilon	AUXILIARES: (E)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:20	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h 20min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA: Dra Fabricia	CPF	CRM-PB	

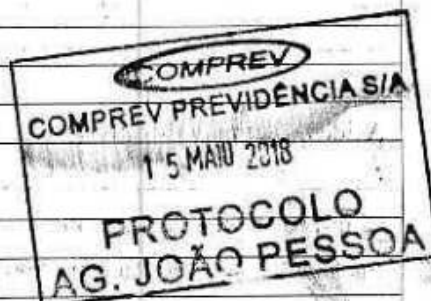


sucesso do bloqueio 11:20
fim de sang. 13:20
Causa: Espasmo

☐ ANESTESIA GERAL	☒ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOQ. PLEXO	☐ BLOQ. NERVOS	☐ OUTROS
TÉCNICA: Raqui-antena lombosacral					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
LÍQUIDOS	1. Bupivacaína 0,5% 12,5ml	12			
OUTROS	2. Bupivacaína 0,5% 80mg	13			
ANAL.	3. Lidocaína 2%	14			
ANAL.	4. Propofol 10mg	15			
TOTAL	5. Diprivan 2%	16			
DESTINO DO PACIENTE	6. Diprivan 2%	17			
☐ AMI	7. Diprivan 2%	18			
☐ ENFERMARIA	8. Diprivan 2%	19			
☐ UTI	9. Diprivan 2%	20			
☐ OUTROS	10. Diprivan 2%				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Após monitorizada, CVP em HSD pressão 120, depois sentada e hipotensão com queda de 20, punção com sucesso 20, mas com 120/80. Guarnição, medicação (100) alta, em monitorização de sinais vitais. (1+2) nível de consciência 16.					
ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Signature]					
FUNÇÃO ASSCIR: [Signature]					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1) DDPH do Rodoquinestrosi. 2) Axiária, antimagno, CKE
Incisão: 3) Dupla Via de Acesso a Tibia Proximol. 4) Anterolateral e Medial espessa 5) Duração por Placa 6) Hemostasi
Achados: 7) Fratura de Placa Tibial 8) Inguando
Conduta: 9) Redução Quanta 10) de Ulnarização Prater 11) Fixação interna com 12) Parafuso de Torno Interfuso 13) de Anterior para Anterior espessa 14) com Anel N° 65 15) + Placa em + lateral + 16) Placa em T Medial + 17) Parafuso cortico + esponja
Fechamento: 18) Sutura por Placa 19) Curativo Estéril
Observação:

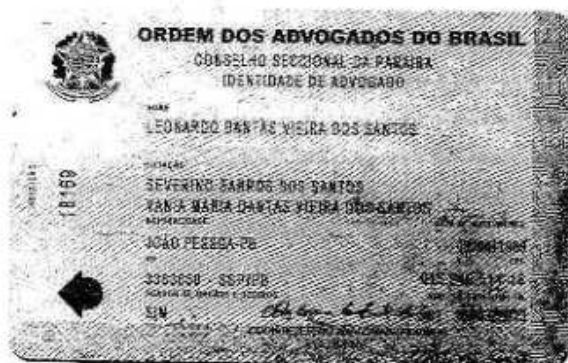


Médico/CRM:

João Pessoa, 09/02/19

F(NG).ASCIR.009-1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813569968

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20180000157754-2

VIA COD RENAVAM PLACA EXERCÍCIO
1 0029701741-1 00/00000000 2018

WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

05234211410

PF03043/PB

PLACA ANT/LP
PFJ3D43 PE

9C2KCL670RR361609

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANOS 2011

ANOS 2011

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 20/04/2018

1º

FAIXA LIVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

20/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223587 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223587 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

Identidade: 3.528.621 CPF: 012.832.734-17

Endereço: AVA ANTONIO CARNEIRO, PAIVA, 60, AP 105, GRAMAME; JOÃO PESSOA - PB

OUTORGADOS: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS, inscrito na OAB/PB, sob o número 18.169; GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, inscrita na OAB/PB, sob o número 24.100, com escritório profissional situado na Avenida Neco, 720, Tambaú, CEP: 55035-107 João Pessoa - PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de obter a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA



JOÃO PESSOA, 11 MARÇO DE 2018
Local e data

Rodrigo Bezerra de Souza

Assinatura do Outorgante



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RODRIGO BEZERRA

DE SOUZA, [48138], J. Pessoa-PB, 11/04/2018 17:15:47 Emol

R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da

verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Seio

74493-6370 Consulte em

digital.tjpb.jus.br

http://pje.tjpb.jus.br

**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: **3180223587**

Nome do(a) Examinado(a): **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA, 60, AP 105 - GRAMAME - João Pessoa - PB - CEP 58067-303

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3582621**

Data e local do acidente: [**16/01/2018**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**11/06/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

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

VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

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

VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO ESQUERDO.

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 joelho esquerdo

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):

Joelho esquerdo

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

