
Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190191510

Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Data do Acidente: 02/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190191510 **Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

Data do Acidente: 02/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190191510

Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Data do Acidente: 02/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0093212/19 CPF da vítima: 038.830.304-22 Nome completo da vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO CPF: 038.830.304-22

Profissão: RECUSOU Endereço: SÍTIO CUTES Número: 5/nº Complemento:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58.400-000

E-mail: RECUSOU Tel. (DDD): (83) 9.9614-5661

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 550460 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CAMPINA GRANDE - 12/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Vanderlei de Oliveira Pedro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



OCORRÊNCIA Nº 000494/18

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 000494/18 registrada em 24/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:25 horas, compareceu o Sr. VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO, com 37 anos de idade, filho de JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO e IVONETE DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 2.638.867, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SÍTIO CUITÉS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 02.12.2017, estava trafegando na estrada que dá acesso ao distrito de Genipapo, no bairro dos Cuites, nesta cidade de cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano/modelo 2014/2015, de cor vermelha, chassi nº 9C2KC1650FR012181, placa QFS-7458/PB, licenciada em nome de José Joaquim Pedro Filho, quando foi "fechado" por um veículo de marca, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o contro da moto, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por terceiros e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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, Sexta-feira, 24 de Agosto de 2018

VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

ADITAMENTO:

Por lapso de digitação, onde se lê na Certidão de Ocorrência nº 000494/18, constando o nome da vítima VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO; Leia-se que o nome correto da vítima é **VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande/PB, 30 de janeiro de 2019

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0093212/19	CPF da vítima: 038.830.304-22	Nome completo da vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO		CPF: 038.830.304-22
Profissão: RECUSOU	Endereço: SÍTIO CUITES	Número: 5/nº
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB
E-mail: RECUSOU	CEP: 58.400-000	Tel. (DDD): (83) 9.9614.5661

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 550460	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, CAMPINA GRANDE - 12/03/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura	Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1554643 CLASS. DE RISCO: AMARELO

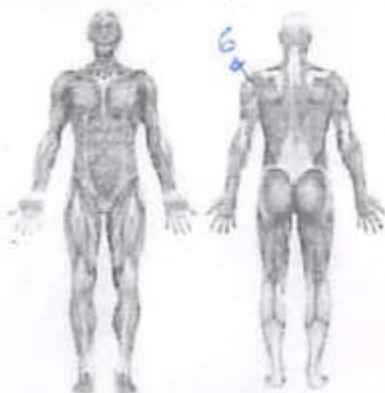
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO
Endereço: SÍTIO CUITÊS
Cidade: Cuitê
Nome da Mãe: IVONETE DE OLIVEIRA
Responsável: LUZIEL VASCONCELOS
Estado Civil: Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:
CEP: 58175000 Nascimento: 04/07/1981
Sexo: M Telefone: 96168389
Idade: 036 Bairro: ZONA RURAL
RG: 2638867 Nº: 0
CPF: 03883030422 Profissão: AJUDANTE
Data de Atend: 02/12/2017 CNS: 702006803398782
Hora: 19:26:47 CONVÊNIO: SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Engravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratetraplegia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síncope de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Queda de moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 1 hora, apresentando ferimentos de aspecto de lesões abertas, abrasões. Apresenta dor em ombro direito, náuseas e vômitos e perda de consciência, refere limitação de movimento.
Apresenta queda com vítimas em repouso.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

A - ha sinais físicos, sem dor cervical
B - MVE em EXT. do AO
C - hemodinamicamente estável
D - Glasgow 15, consciente e orientado
E - Dor em ombro (B)

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial (X) Radiografias: *ombro*
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* / _____ às *19:40* Dia *02/12/17*

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Atendimento inicial</i>	
2	<i>ALTA DA CIRURGIA GERAL</i>	
3		
4	<i>Voltar em ALTA, IM, após</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Assinatura]
Cirurgião Geral
CRM-PB 2441

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da rede facilitada da energia elétrica. Nº 002.794.568



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-65 Insc.Est. 16.903.839-1

DADOS DO CLIENTE

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO
SIT CUITES S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/187156-5

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

16/01/2019

CONSUMO

72

VENCIMENTO

23/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 58,38

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Roteiro: 09-401-508-8150

83620000000-5 58380147000-1 01871562019-3 01100401019-2

VENCIMENTO

23/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 58,38

MATRÍCULA

187156-2019-01-1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ JOAQUIM PEDRO FILHO, RG nº 345.742 data de expedição 15 / 04 / 2015, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 338.342.534-72, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado da PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO CUITES, nº S/Nº, Bairro: ÁREA RURAL, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO, cujo o condutor era VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ESD

Ano: 2014

Placa: QFS 7458

Chassi: 9C2KC1650FR012181

Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: Campina Grande/PB - 29 de Agosto de 2018



[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Lemos Cavalcanti
Praça da Esplanada, 100, Centro - Campina Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO.

Campina Grande/PB 07/01/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé
Escrevente: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**
Selo Digital: AHY78552-U000
Confira os dados em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emcl R\$9,91; I65 R\$0,50; Farpen R\$0,29; Fecl R\$1,82; MP, R\$0,00

[Assinatura]
Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1554643

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathus Almeida Mendonça

PACIENTE: VANDERLEI DE

CEP: 58175000

Nascimento: 04/07/1981

OLIVEIRA PEDRO

Endereço: SÍTIO CUITES

Sexo: M

Telefone: 96168389

Cidade: Cuites

Idade: 36

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: IVONETE DE OLIVEIRA

RG: 2638867

Nº 0

Responsável: LUIZ VASCONCELOS

CPF: 03883030422

Profissão: AJUDANTE

Estado Civil: Casado(a)

Data de
Atend: 02/12/2017

CNS: 702006803398782

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 19:26:47

CONVÊNIO: SUS

Médico:

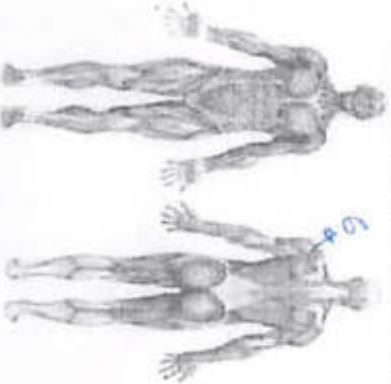
CRM:

Especialidade:

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. Enrijecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-centuso
17. F. Perfuro-centuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Occlusão
30. Paralisia
31. Parafuso
32. Perfuração
33. Queimadura
34. Rincorréia
35. Sinais de taquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: *Queimadura*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto, há 2 horas, com ferimentos no lado esquerdo do corpo, no membro inferior esquerdo. Ferimentos com perda de sangue, hematomas e pontos de contusão, no membro inferior esquerdo. Queda de moto virando em direção ao lado esquerdo.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SATOZ

Análise de sangue

em análise

HGT:

SATOZ

Exames Solicitados:

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

EXAMES SOLICITADOS:

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

EXAMES SOLICITADOS:

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

() Laboratoriais

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

() Gasometria arterial

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

() Tomografia Computadorizada

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

Especialista: *Ortopedia**Exames solicitados*

HGT:

SATOZ

Especialista: *Ortopedia**Exames solicitados*

HGT:

SATOZ

MÉDICO SOLICITANTE

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

Nº

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

HORÁRIO REALIZADO

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Exames solicitados

HGT:

SATOZ

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Vanderley de Oliveira Pedro</i>			
End: <i>Sítio Quitos</i>		Bairro: <i>B.C.</i>	
Data de Nascimento: <i>04/07/1984</i>		Documento de Identificação:	
Queixa: <i>Acidente</i>	Data do Atend.: <i>04/12/18</i>	Hora: <i>17:00</i>	Documento:
Acidente de trabalho? <i>()</i> Sim <i>()</i> Não			

Classificação de Risco

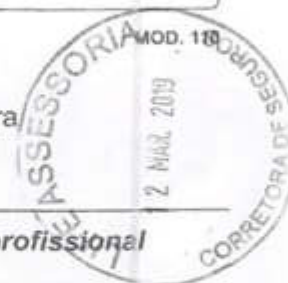
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: <i>140 x 100 mmHg</i>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Osteopel
femeie vitima de zindici
de mla - fob - edere de digne
de clivire E As este fobie
e ndo gntas apara la fobia
de clivire e un deservit
lata

Csi Taktunb ca se urzib
Rebra A-bulabna
Alt hospital 120

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

☒ Luise F. dos Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

Handwriting practice sheet showing four rows of dashed lines for tracing or writing on lined paper.



IDADE



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Nome: Vanderlei Oliveira Pedro
Endereço: Sitio Cuités, Zona Rural. Cuité, PB

Data do Sinistro: 08 de julho de 2018.

Descrição da vítima: Acidente de Moto
Socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB.

Apresentando: Fratura Clavícula Esquerda.

Tratamento: conservador através de imobilização.

Sequela apresentada ao exame físico:

Ombro Esquerdo

- Dor a movimentos com esforços
- Limitação para alguns movimentos do ombro esquerdo
- Atrofia muscular

Conclusão: Sequela de Ombro Esquerdo em grau moderado com déficit funcional em 40%.

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.



Campina Grande, PB, Cel 83.9.8801.8127 / 9 9620.8645

Sonaly de F. Cavalcanti

Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO

INSC. AUTOMOBILISTAS / CDS. EMISSOR IN
 2638667 SSP PB

CPF
 038.830.304-22 DATA NASCIMENTO
 04/07/1981

PLACAO
 JOSE JOAQUIM PEDRO
 FILHO
 IVONETE DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC CAT. NA
 AD

Nº REGISTRO
 04684942297 VALIDADE
 14/05/2019 1ª EMISSAO
 01/07/2009

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITORIOS NACIONAIS
894435888

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSAO
 16/05/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
Rodrigo Carneiro 44829482012
 PB028592670

PROBADO PLASTIFICAR
894435888



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO

INSC. AUTOMOBILISTAS / CDS. EMISSOR IN
 2638667 SSP PB

CPF
 038.830.304-22 DATA NASCIMENTO
 04/07/1981

PLACAO
 JOSE JOAQUIM PEDRO
 FILHO
 IVONETE DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC CATIA
 AD

Nº REGISTRO
 04684942297 VALIDADE
 14/05/2019 1ª EMISSAO
 01/07/2009

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITORIOS NACIONAIS
 894435888

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSAO
 16/05/2014

ASSINATURA DO EMISOR

44829482012
 PB028592670

894435888



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013222192250**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **0107481216-3** R.N.T.R.C. **00/00000000** EXERCÍCIO **2017**

NOME
JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO

CPF / CNPJ **33834253472** PLACA **QFS7458/PB**

PLACA ANT./UF **NOVO PB** CHASSI **9C2KC1650FR012181**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ESD** ANO FAB. **2014** ANO MOD. **2015**

CAP / POT / CIL **2 P/149 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA **00/00/0000** VENC. COTA ÚNICA **1***
FAIXA I.P.V.A. ********* PARCELAMENTO / COTAS **0** **2***
3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) **0** PRÊMIO TOTAL (R\$) **PAGO** DATA DE PAGAMENTO **31/07/2017**

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE - PB **02/08/2017**

33375

19259

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222192250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2017** DATA EMISSÃO **02/08/2017**

VIA **1** CPF / CNPJ **33834253472** PLACA **QFS7458/PB**

RENAVAM **01074812163** MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ESD**

ANO FAB. **2014** CAT. TARIF. **9** Nº CHASSI **9C2KC1650FR012181**

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) **SEGURO** IOF (R\$) **0** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) **PAGO**

\$ **31/07/2017**

PAGAMENTO **0** PARCELADO **0**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19259-0830409-20170802





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO
 DATA DO ACIDENTE 02/12/2017 CPF DA VÍTIMA 038.830.304-22
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO CUITES
 Nº S/Nº COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.400-000
 E-MAIL ALEXANDREDPVAT@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 9.9614-5661

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.SEGURODOTRABALHO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 822 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 32/03/2019
 IDENTIDADE 2638467
 ASSINATURA Vanderlei de Oliveira Pedro

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 12/03/2019
 NOME CORRETORA DE SEGUROS
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190191510 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO **Data do acidente:** 02/12/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 25/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190191510 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO **Data do acidente:** 02/12/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 25/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190191510 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO **Data do acidente:** 02/12/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. (PAG 4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (PAG 4) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190191510 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO **Data do acidente:** 02/12/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. (PAG 4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (PAG 4) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083212/19

Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

CPF: 038.830.304-22

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/12/2017

Titular do CPF: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO : 038.830.304-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 12/03/2019
Nome: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO
CPF: 038.830.304-22

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

**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: **3190191510**

Nome do(a) Examinado(a): **VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua sitio cuites, s/n - Cuités - Campina Grande - PB - CEP 58404-879

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2638867**

Data e local do acidente: [**02/12/2017**] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [**25/03/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.

III. Nexa 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.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

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

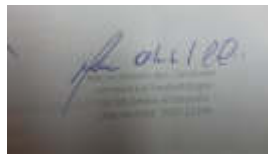
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB