

---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **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**

**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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** 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

**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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 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:

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

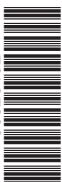
**Valor a indenizar:** 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	012.832.734-17	RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	012.832.734-17	VIGILANTE
Endereço	Número	Complemento
RUA ANTONIO CANELHO PAIVA	60	AP 105
Bairro	Estado	CEP
ULAMAMBO	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD) (83)-99198-2308	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (232) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (311)			
<b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b> (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	BANCO	
1033	42770	AGÊNCIA Nº	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

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

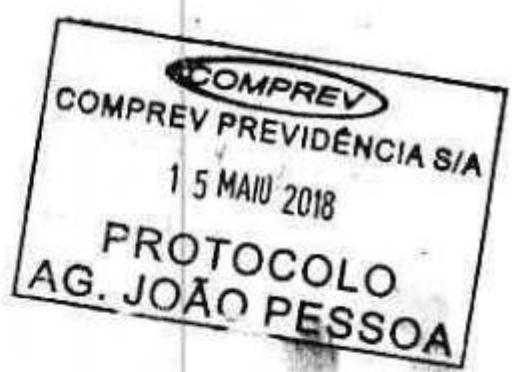
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura segurada para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na rede, agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor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

JOÃO PESSOA, 11 de MARÇO de 2018

Local e Data

*Rodrigo Bezerra de Souza*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**E 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 da ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

092.832.734-14

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	CPF titular da conta	042.832.434-17	Profissão	VIGILANTE
Endereço	ILHA ANTONIO CARNEIRO PAIVA	Número	60	Complemento	APT 105
Sobrenome	GRAMAME	Cidade	30400 PESSOA	Estado	PB
email				CEP	58000-000
				Telefone (DDD)	(83) 99198-2308

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	SEM RENDA
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00	RS 1.001,00 ATÉ RS 5.000,00
RS 5.001,00 ATÉ RS 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 BRASIL (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

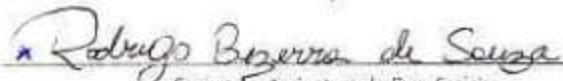
AGÊNCIA	000	CONTA	42770	DV
003			10	
Informar dígito se existir				

BANCO	NAME
AGÊNCIA	NAME
003	10
Informar dígito se existir	

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

3040 PESSOA, 29 de MAIO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



15 MAI 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 integra: 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 EST, 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 ALCoba 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/PE 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  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
P A R A I B A



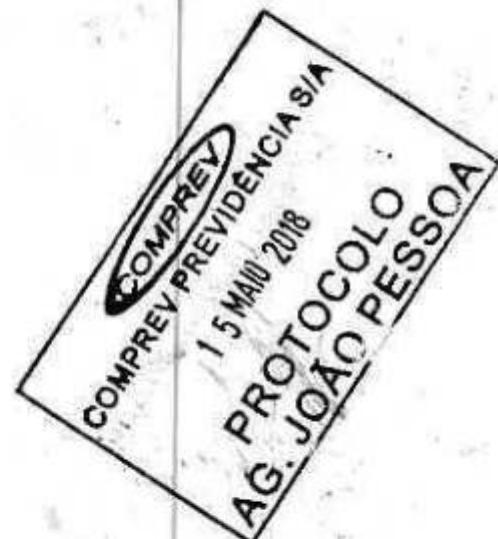
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2018.

*Fábioa Nccs*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigacao

*Wagner Gonzaga da Silva Júnior*  
WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR  
Noticiante



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 VITIMA 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

042.832.434-14

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

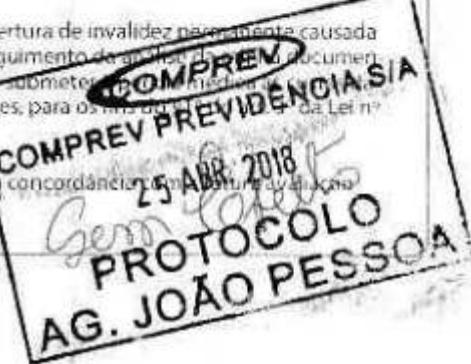
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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 permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento do ato de assinatura do documento sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter ao exame da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins da indenização, de acordo com a Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização da perícia não significa previsão, concordância, ou consentimento médico ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.



JOÃO PESSOA 11 de MARÇO de 2019

Local e Data:

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

072.872.434-11

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

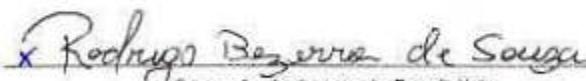
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro **DPVAT** e a cobertura da invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prorrogação do prazo da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia e pagar as custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou **20 MAIO 2018** para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

**COMPROVANTE DE INDENIZAÇÃO**  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa, 29 de MAIO

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# 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

---

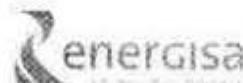
Nr. da Autenticação BE5A40EFC4F366CF

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundário de conta

NOTA: para trocas, pagamento, devolução, fiscalização da energia utilize: NP 005.916.518



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230, KM 26 - Cidade Industrial - João Pessoa - PB - CEP 59081-482  
CNPJ 09.081.183/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA  
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA 60 AP 106  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1852827-3**

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

**ABR/2018**

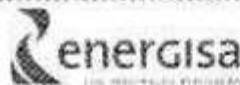
**30/04/2018**

**103**

**08/05/2018**

**R\$ 80,50**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Roteiro: 18-005-641-1380

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

VENCIMENTO

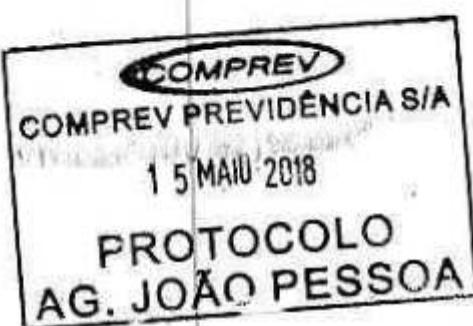
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

08/05/2018

R\$ 80,50

1852827-2018-04-5



44-7450288-2 055125 1/31  
BAKED POE 35T1000  
2000-01-080 06104-78  
09P-145 01134/1554-50  
C 2514718-3

LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS  
AV NEOD 00720 TAMBA  
JOAO PESSOA - PB  
CPE/CAP 1015 046 514 - 3

Emissão: 24/02/2017 Mês: Fevereiro/2017 Vencimento: 15/03/2017  
Número: 0000068382 E: ISENTO Cód. Iga: 907/01121295  
CFOP 5.307 - Prestação de serviços de comunicação e informática

## Discriminação do Sistema

13/07/17 4:25:02:27 MENS PHOTOCOPIAL VIRTUA VIRTUA 25M INDIVIDUAL RUEJADA  
11/07/17 4:25:10:27 MENS PHOTOCOPIAL VIRTUA VIRTUA 25M INDIVIDUAL RUEJADA  
5.5 TOTAL BANCA LARGA

CMS PIS COFINS  
29,49 0,57 2,84 88,15  
9,74 0,21 0,97 32,47

CPF/CNPJ	Nome do Causa	120,62	Aliquota	3,00%	Valor	3,61	VALOR DA NOTA FISCAL	120,62
12345	Nome do Causa	120,62	Aliquota	30,00%	Valor	36,18		120,62
9876543210	Nome do Causa	120,62	Aliquota	30,00%	Valor	36,18		120,62

Patent4379429 Page 3  
5425-6304.2028 1202 1400 5014 4292 15

Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse [net.com.br/faturadigital](#) e aplique.

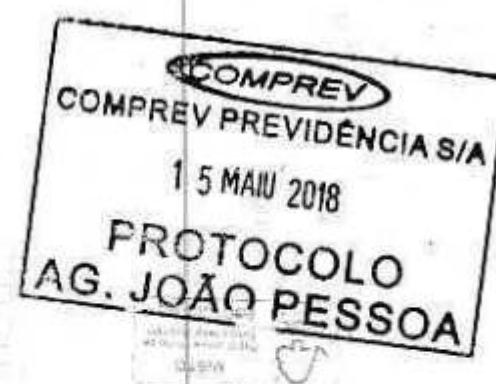


CTC RECIFE PE PL12  
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS  
AV NEGO, 720  
TAMBAÚ  
58039-101 JOÃO PESSOA - PB

586720175



90701121295  
Data de Postagem: 06/03/17  
Vencimento: 15/03/2017



REF ID: A64975

25/10/2014

http://www.iomega.com/zip100/zip100.htm



DE VOLUGAO ELETRONICA - CEDO  
AVARIA POSTAL 42301  
SAC PAULO - SP  
CEP 04218-970  
FONE/FAX: (11) 505-1000



LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS

AV NEGO 00720  
TAMBAU  
JOAO PESSOA PB

Código

907/011212951  
CPF/CNPJ  
015.946.514-18

Vencimento

15/06/2018

Valor:

52,60

Forma de Pagamento:  
boleto bancárioPARA 2<sup>a</sup> VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE [WWW.NETCOMBO.COM.BR](http://WWW.NETCOMBO.COM.BR)

001/00

## Importante:

Mantenha seu e-mail e telefone sempre atualizados. Acesse [net.com.br](http://net.com.br), opção Minha NET > Minha Assinatura.  
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha NET

- VIRTUA 35M INDIVIDUAL FIDELIDADE
- FONE ILIMIT LOCAL

Descrição

NET Fone

52,60

Valor Total  
52,60

## NET Fone

## DURAÇÃO

LIGAÇÕES LOCAIS  
ENCARGOS FINANC. CONTAS ATRASO  
ASSINATURA  
Total NET Fone

0h45m54s  
18,47  
1,21  
34,88  
52,60



- ! Para atendimento presencial consulte os endereços no site [net.com.br](http://net.com.br).  
- Este é o desgamento de seu débito efetuado o pagamento até a data do vencimento, NET Fone no Setor de RCP.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de

- 0,033% e multa de 2%.  
- Caso existam débitos pendentes e não cobrados, esses serão incluídos na sua próxima fatura.  
- Deixe-nos atendendo o telefone 0800 721 7797  
- E, você pode realizar o pagamento com um telefone adaptado com dispositivo TDD.

(Dispositivo de Telecommunications para surdos).  
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra do serviço (sócio de ligação incluí).  
- Central de Relacionamento NET: 10621 e 0800-7217797  
(Atendimento auditivo)  
Ouvintes: 0800110190

Últimos Registros de Atendimento  
907182701747656, 907182701747580,  
907182701690956, 907182701690943,  
90718272176844

## Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atencio efete seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir:

BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PIAUÍ, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANEST, BANESTES S/A, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANCA, CIFI

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS	NET SERVICOS 9070112129510	Maio/2018	15/06/2018	52,60

84600000000-6 52600296201-1 80615907000-2 00136937015-8



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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**.

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup>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 9.673/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO DANTAS F. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 015.946.514-18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONARDO BEZERRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o N° 071.832.714-17, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEONARDO BEZERRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o N° 042.836.114-17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado:

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Estado	Número	Complemento
AV NEGO	JOÃO PESSOA	PB	720	
Bairro				
TAMBAU	JOÃO PESSOA	PB	58039-101	
Email				
ADV LEONARDO DANTAS (@GMAIL.COM)	Telefone comercial (DDD)	Telephone celular (DDD)		
	83/99123-6607	(83) 2576-0695		

João Pessoa, 15 de MAIO de 2018

Local e Data

Leonardo Dantas  
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

RG nº 6588837, data de expedição \_\_\_\_\_

Órgão 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 LUIZ ANTONIO CRUZES PAIVA 60, AP 105, BORGES 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 RODRIGO BEZERRA DE SOUZA cujo o condutor era WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 FAN ESI

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

Wagner Gonzaga da Silva junior  
Assinatura do Declarante

1º OFÍCIO  
DISTRITAL

Wagner Gonzaga da Silva junior

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 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PESSOA SILVA.  
Selo Digital AGT74495-3191 Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





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.

CV: fratura de platô tibial E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo

**ALTA HOSPITALAR:** 11/02/18

**DATA DA EMISSÃO:** 03/04/18

### TRATAMENTO:



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



Cruz Vermelha Brasileira

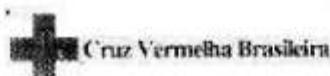
Hospital Estadual do Brejo da Madre de Deus  
Governador Hélio Beltrão LacerdaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Documento de Alta

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	RG/CPF: 196034		
Data de Nascimento: 10/02/1986	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 CIRÚRGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR. ODILON FILHO - 09/02/2018 USAR MEDICAÇÕES PRESCITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			
Resumo da internação: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO - DR. ODILON FILHO - 09/02/2018			
Resultado de Exames: RX FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO -			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR. ODILON FILHO - 09/02/2018			
Diagnóstico: 842.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: USAR MEDICAÇÕES PRESCITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			

Data: 11/02/2018

MATHEUS MARINHO ENFERMEIRO  
CRM 10204 - PB



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RODRIGO BEZERRA DE SOUZA</b>	BAE <b>1056126</b>	Data/Hora Entrada <b>16/01/2018 20:45:41</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/02/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA</b>			Prontuário
Endereço <b>Antonio Carneiro de Paiva, 60</b>	Bairro <b>Gramame</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MISAEI EUSTÁQUIO MENDES DE LUCENA</b>	Nº Cons. Regional <b>2155/PB</b>
a Classificação <b>01/01/18 20:45:41</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/01/2018 21:00:55</b>	
	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

ACENTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO REFERINDO DOR NA Perna E JOELHO.ESQUERDO .NEGA DOR  
CERVICAL E CEFALÉIA.

## CUIDADOS

## SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

## CID10

Código	Descrição
	Traumatismo não especificado

## Interventos

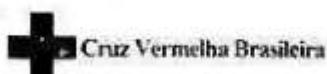
Intervenção

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

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

*MISAEI EUSTÁQUIO MENDES DE LUCENA*  
(- 2155/PB)





## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RODRIGO BEZERRA DE SOUZA</b>	BAE 1056126	Data/Hora Entrada 16/01/2018 20:45:41	Data Saída
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA</b>			Telefone de Contato (83) 88693101 / (00) 00000000
Endereço Antônio Carneiro de Paiva, 60	Bairro Gramame	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>
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

Dr. Pedro Henrique Gutz  
Médico  
CRM-PB 10575

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

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

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

JOELHEIRA TALA

## CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

## Conduta

Internar Paciente

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde			<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HEETSPH</b>							
				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 							
				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b> 1 - NOME DO PACIENTE <b>Rodrigo Bezerra de Souza</b>							
				5 - N.º DO PRONT. ARIO		<b>1056326</b>	
				6 - DATA DE NASCIMENTO		<b>30/02/1986</b>	
				7 - SEXO		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
				8 - TELEFONE DE CONTATO		9 - N.º DO TELEFONE	
				10 - COD. IBGE. MUNICÍPIO		11 - UF	
				12 - CEP		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
				14 - COD. IBGE. MUNICÍPIO		15 - UF	
				16 - COD. IBGE. MUNICÍPIO		17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
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	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
CN 4,5 Parapago. / Ax parapago 4,5. / Placa em 1/5/2 diretor Placa em T 4 fuso. Parapagos esclerais: 32 L1, 361, 461 Parapagos esponjosos 65 - 65 rosca 361							
Axapun esponjoso 65 rosca 32 /							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PROTOCOLO <b>AG. JOÃO PESSOA</b>							

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MECESOL

Nome: Rodrigo Borges BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 09/02/18  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Treatment de Fratura de Plataforma  
 Cirurgião: Dr. Odilon Filho 1º Assistente: Dr. Nilton Timóteo  
 2º Assistente: Dr. Vítor M.R.L 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de Plataforma Tibial Externa	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Treatment cirúrgico de Fratura de Plataforma Tibial	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_  
 15 MAIO 2018

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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



Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 09/02/18



09/02/18 TEMPO CIRURGICO: ANESTESIA INICIO: 11:00 CIRURGIA INICIO: FIM: 13:30

© 2002 Lippincott Williams & Wilkins • 658 (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

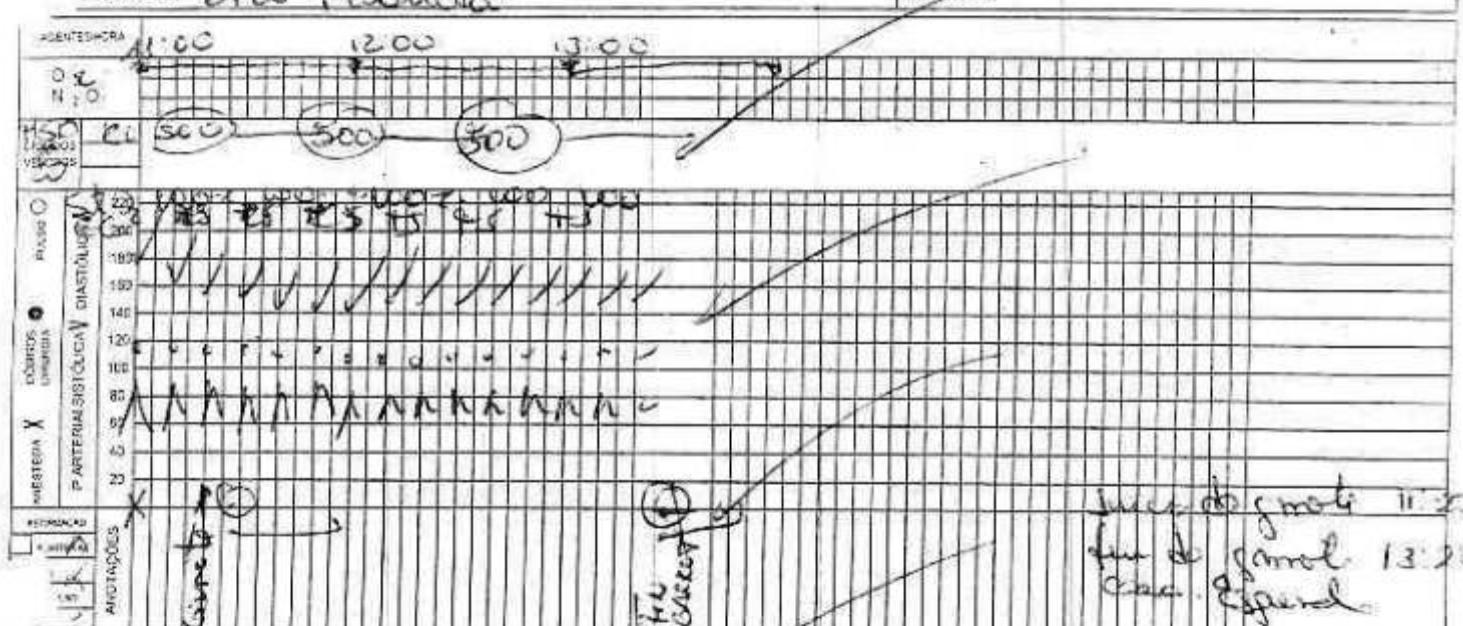
WIKI-DE-DEUTSCHEN-ARTIKEL

RAZÃO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA/LICONTAMINADA) / INSTRUMENTO / EQUIPAMENTO	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS	QTD
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	S. R. L 500	7	JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
FENTANILA				JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
HEPVACAINA ISOBÁRICA	1	SF 500 F		JELCO N°22	FIO DE AÇO N°
HEPVACAINA PESADA				JELCO N°24	FIO DE AÇO N°
ETANALIA				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°
INOPERÍDOL					FIO DE NYLON N°
ELIMBODATO		SOLUÇÕES	QTD	LÂMINA BISTURÍ N°11	
FENDARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	X	LÂMINA BISTURÍ N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA		PVP/ I DEGERMANTE	X	LÂMINA BISTURÍ N°20	FIO DE NYLON N°
FLUVAZENIL		PVP/ TINTURA	X	LÂMINA BISTURÍ N°24	FIO POLIGLACTINA N°
ISORELURANO		PVP/ TÓMICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVODOPA/HPVACAINA CI VASO		SABÃO ANTISEPTICO	X	LÂMINA DE EXERTO	FIO POLIPRÓPILENO N°
LEVODOPA/HPVACAINA SI VASO		MATERIAIS	QTD	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPRÓPILENO N°
EDUCAINA CI VASO		AGULHA 13X43		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIPRÓPILENO N°
EDUCAINA SI VASO		AGULHA 25X87		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLICOPRONE N°
VIDAZOLAN	1	AGULHA 15X98		LUVA ESTÉRIL N°9,0	FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12	X	LUVA ESTÉRIL N°9,0	FITA CARDIACA
HEMIBUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCERÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	QTD
PE TONNA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURAÇÃO DE SÓRIO	CATETER DE PIC
FLUOPONCE		AGULHA RAQUÍ N°23G		SCALP N°19	CIMENTO CIRÚRGICO
X-MELENIANA		AGULHA RAQUÍ N°26G	X	SCALP N°21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
BUQUÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLUORANO		ALGODÃO OXIGOMÉDICO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER N°
DISOFAMÍLICO		ATADURA DE CREPOM	4	SERINGA 10ML	FIO STEEDMAN N°
DISOFAMÍLICO		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRANPEADOR CIRÚRGICO
ELIOPENTAL		MEDICAÇÕES	QTD	SONDA ASF. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÉVEL
ADRENALINA		CÂNULA PI/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASF. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	02	SONDA ASF. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLECA ARTERIAL N°		SONDA ASF. TRAQUEAL N°14	KIT FAM
ULTRIX		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASF. TRAQUEAL N°16	COMPRESSE
ELI AZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIA 50ML	COMPRESSE
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIA N°16	COMPRESSE
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA FASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais 32L 36
ELI EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA FASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais 32L 36
FURGEMÉDIA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	X	SONDA URETRAL	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TOJNURTHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCÍO		DREN. DE PENKOSÉ		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDUCAINA GL 0,5%		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASENDÉCINA	1	EQUIPO MACROGOTAS	X	TUBO SECCONE (LAISX)	PARAFUSOS MALEOLAR
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS
PROSTIGMÍNE		EQUIPO MICROGOTAS			QTD
PROTAMINA		ESPIRÍA DE PVP		FIOS	ASPIRADOR
TEHOXICAN		ESPARADRAPO	04	FIO ALGODÃO S/A N°	BISTURÍ ELÉTRICO
		GAZES	X	FIO ALGODÃO S/A N°	CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°	CARDIOMONITOR
		GET. ELETROLÓTICO		FIO ALGODÃO C/A N°	DESPÍRILADOR
		FELCO N°14			FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16			FOCO CENTRAL
					MICROSCOPIO
					OXÍMETRO DE PULSO
					P.A. DIVASIVIA/ NÃO INVASIV
					PERFURADOR ELÉTRICO
					SERRA
					CIRCULAT. F

DATA: 9/10/12

PRONTUÁRIO: 1056126

PACIENTE: <u>Rodrigo Bezerra de Souza</u>		SEXO:	COR:	IDADE: <u>39</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/70</u>	PULSO <u>140</u>	RESPIRAÇÃO <u>regular</u>	TEMPERATURA <u>37,2</u>	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( <input checked="" type="checkbox"/> BOM )	( <input type="checkbox"/> REGULAR )	( <input type="checkbox"/> MAU )	( <input type="checkbox"/> PESSIMO )	RISCO CIRÚRGICO ( <input type="checkbox"/> BOM )
ESTADOS COMPLEMENTARES <u>VNP</u>		RISCO CIRÚRGICO ( <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ) ( <input type="checkbox"/> MAU ) ( <input type="checkbox"/> PESSIMO )		
AP. RESPIRATÓRIO <u>Expansiva</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>HAS - Turgido</u>			
AP. DIGESTIVO <u>Trigem</u>	ESTADO MENTAL <u>2. O.T. G</u>	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO <u>0</u>				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASA I</u>
DOSE/HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de placa tubular</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Treatmento cirúrgico Fratura de placa tubular</u>				
CIRURGÃO <u>Dr Odilon</u>	AUXILIARES <u>E</u>			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:00</u>	TERMINO DA ANESTESIA <u>13:05</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>2h 5min</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ESTETISTA <u>Dr Fabrício</u>	CPF	CRM-PE		



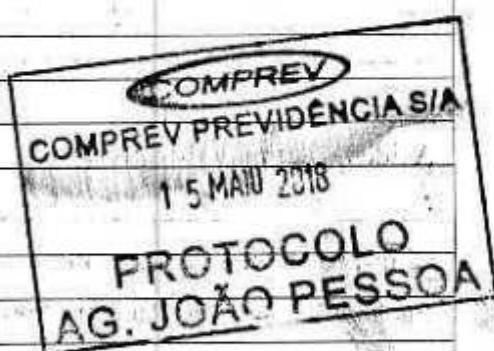
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA					
De-gui-austetico lombofacetico					
LUXOS	Wolfe et al	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
DUROSE	1	Bupivac 12,5mg 0,75%			
MACL	2	Bupivac 80mg 12			
RANKE	3	Lidocaina 2% 13			
ANEST	4	Dexamet 10mg 14			
TOTAL	150ml	Cetacaine 8% 15			
DESTINO DO PACIENTE	6	Dipres 2% 16			
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 17			
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	8 18			
<input type="checkbox"/> OUTROS		9 19			
		10 20			
<b>COMPREV</b>					
<b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>					
15 MAIO 2018					
<b>PROTÓCOLO</b>					
<b>AG. <u>JOÃO PESSOA</u></b>					

Este monitorizado, com o RSD operando, que sente a  
experiência deles quando deles, porque temos alguma  
experiência das pessoas. Exemplo, mede a taxa de  
produção, de engajamento. (O + D) Nível de satisfação.

### RESISTÊNCIA DO MESTRE

E-331-65CIE 125-1

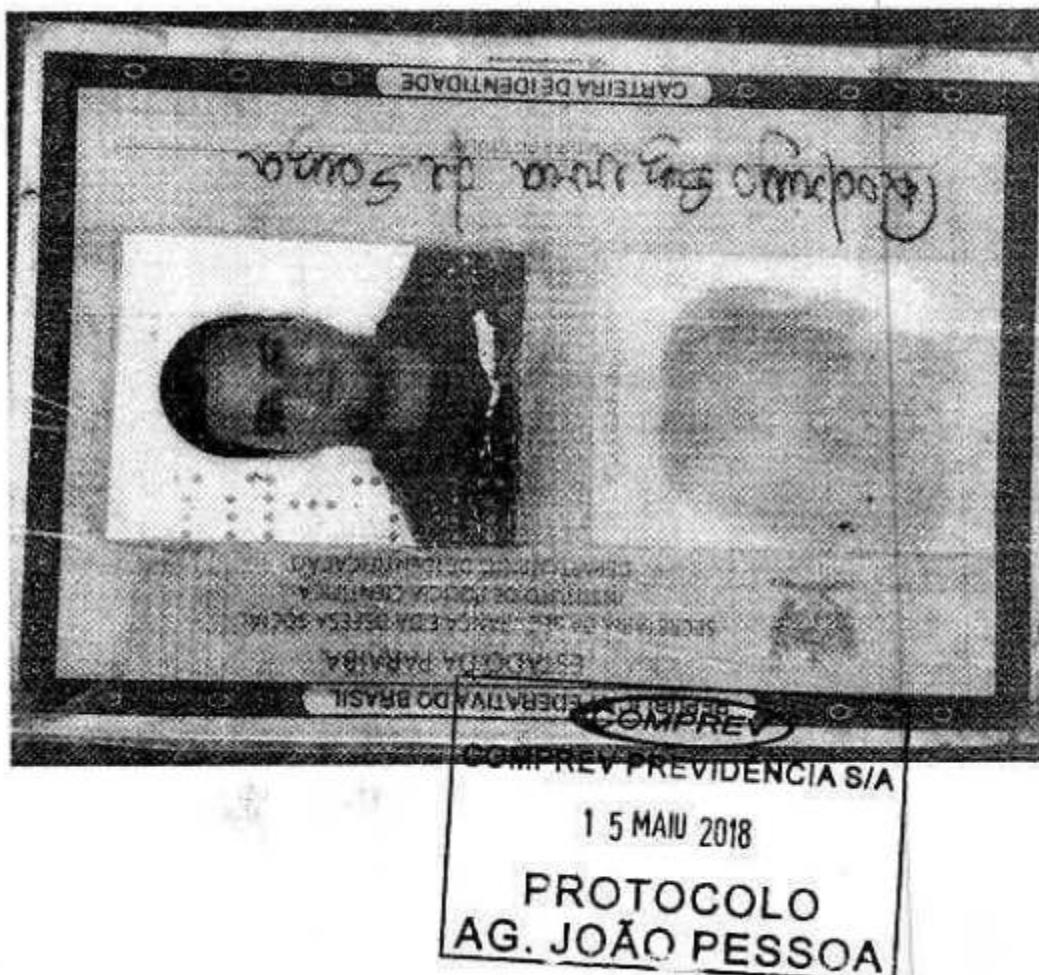
Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	<p>1) DDPH sob Rozivac metoxicl.      2) Anestesia, antiemética, CEF</p>
Incisão:	<p>3) dupla Viraço Acurva tibial proximal      Anterolateral e Medial esquerda      4) Delineação plana      5) Hemostase</p>
Achados:	<p>6) Fratura de Vista Tibial      7) Fratura</p>
Conduta:	<p>8) Ressecção Crurária      da vitrificação fratura</p>
	<p>9) Fixação interna com      refis de Titânio interbra      com fixação prox. Anterior, afundado      com Anel N° 65      e Placa com 1 lateral +      Placa com 1 medial +      Parafusos contínuos + espiral.</p>
Fechamento:	<p>10) Sutura, parcial -      11) curativo, Pectim</p>
Observação:	<p>12) </p>
Médico/CRM:	<p>13) </p>



João Pessoa, 09/02/19

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	3.582.621 - 2 VIA
	RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
PLAÇA	23/09/2008
MARIA JOSÉ BEZERRA DE SOUZA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PAULISTA-PE	10/02/1986
DOC. ORIGEM	NASC.N.56130 FLS.95 LIV.A88
CPF	CARTÓRIO RECIFE-PE
	072.832.734-17
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.110 DE 29/09/83	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013813569968  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COO RENAVAN PRT 20180000157754 EXPIRADO  
1 0029701741-1 00/00000000 2018

ALCARÉ COO 46330840  
WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

05234211410

PLACA PEJ3043/PB

PEJ3043 PE

902KC1670RR361609

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLC COMBUST/EL ALCO/GASOL

HONDA/C6 150 FAN ESI MARCA/MODELO ANO/EXP 2011 2018

2 P/149 ACT

PARTIC

COMPREV/IMM

IPVA PAGO EM 20/04/2018

VEN/OUT/2018

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/2018

2º

3º

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 109,00 PREÇO FUTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

20/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

COMPREV 01/04/2018  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
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** VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

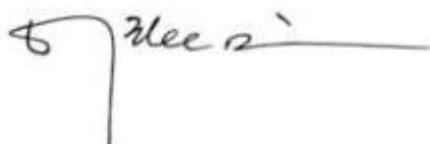
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

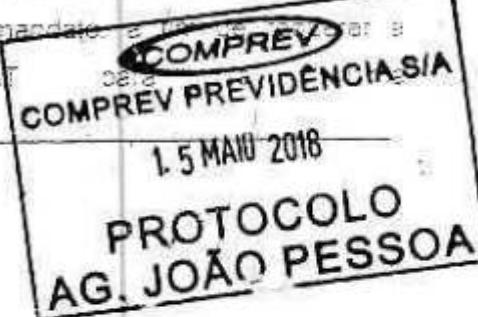
Identidade: 3 528 621 CPF: 012.832.734-17

Endereço: Rua ANTONIO CARNEIRO PAIVA, 60, AP 108, GRAMAMÉ, JOÃO PESSOA - PB

OUTORGADOS: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS, inscrito na OAB/PE sob o número 18.169; GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, inscrita na OAB/PB, sob o número 24.100, com escritório profissional situado na Avenida Nego, 720, Tamauá CEP 58035-107 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 às seguradoras consorciadas incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado.

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA



JOÃO PESSOA, 11 MARÇO DE 2018  
Local e data



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 Farpen:R\$0,28 Fepis:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade, Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AGT74493-6ZJD Consulte em <https://selodigital.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  
 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