

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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12825063



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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12827773



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 nº: 13001136

A/C: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000042770-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](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: 012.832.734-17 CPF da Vítima: 012.832.734-17 Nome completo da vítima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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

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

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATE R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (101) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº: 1033 D.V. 0 CONTA Nº: 42770 D.V. 0

BANCO Nome: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL AGÊNCIA Nº: 1033

**COMPREV**  
15 MAIO 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

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

JOÃO PESSOA, 11 de MARÇO de 2018

Local e Data

[Assinatura]  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.832.734-14

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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

Nome completo RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	CPF titular da conta 072.832.734-14	Profissão VIGILANTE
Endereço RUA ANTONIO CARMELO PAIVA	Número 60	Complemento APT 105
Bairro GRAMAME	Cidade SOA PESSOA	Estado PB
E-mail	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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 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	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> N° 1033 <small>(informar dígito se existir)</small>	<b>CONTA</b> N° 42470 <small>(informar dígito se existir)</small>	<b>BANCO</b> Nome AG. JOÃO PESSOA	<b>AGÊNCIA</b> N° <small>(informar dígito se existir)</small>

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

SOA PESSOA, 29 de MAIO de 2018

Local e Data

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



15 MAIO 2018

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00675.01.2018.1.00.420**

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00675.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:42 horas do dia 11 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wagner Gonzaga da Silva Junior**, CPF nº 052.342.114-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador de Máquina de Produção, filho(a) de Maria Jose Bezerra de Souza e Wagner Gonzaga da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 09/11/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Carneiro Paiva, Nº 60, complemento AP. 105 - RES. MAISON 4, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99198-2308.

**Dados do(s) Fatos:**

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

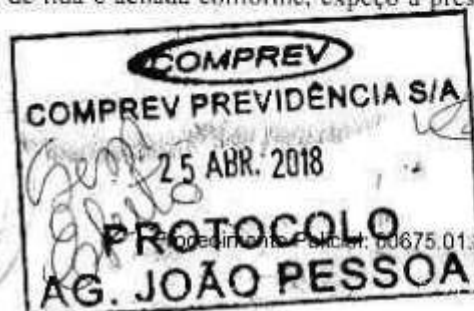
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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

**ADENDO(S):**

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

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



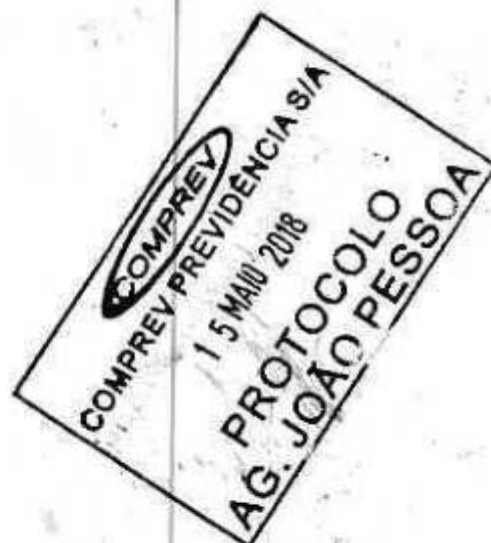




João Pessoa/PB, 02 de maio de 2018.

*Fabiana de Lima Bezerra*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

*Wagner Gonzaga da S. Junior*  
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 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 interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

CPF da Vítima

072.832.734-14

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

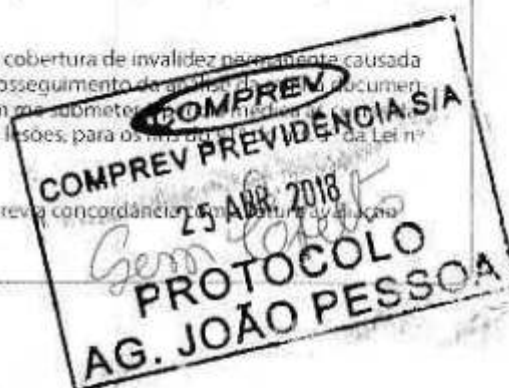
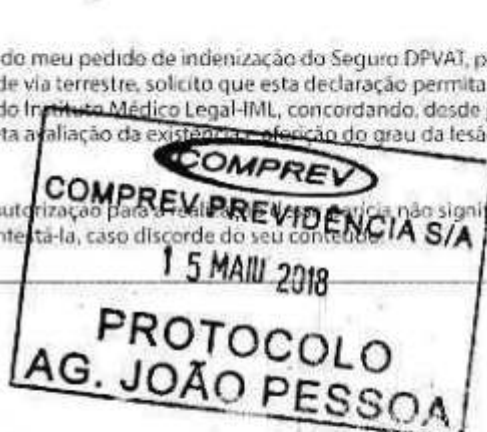
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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 da análise do meu requerimento sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter ao procedimento de avaliação médica da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência ou não da lesão, ou lesões, para os fins da Lei nº 6.194/74.

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



JOÃO PESSOA 14 de MARÇO de 2018

Local e Data

*[Assinatura]*  
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

032.832.434-17

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

COMPROMISSO  
REV. PREVIDENCIA S/A  
29 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

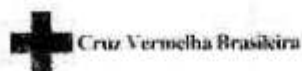
JOÃO PESSOA, 29 de MAIO de 2018

Local e Data

x Rodrigo Bezerra de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1056126



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1252327	Nome RODRIGO BEZERRA DE SOUZA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/02/1985	Idade 31 anos 11 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88693101	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade PAULISTA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58067303	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antonio Carneiro de Paiva			
Número 60	Complemento	Bairro Gramame				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 16/01/2018 20:45:41	Número da pulseira 100006177859	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
<b>Sinais Vitais</b>						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>paciente internado sob observação, sem alterações avaliadas e encaminhando para exames.</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE MANTENA PEREIRA						Tempo 44seg





# 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 equivalente de quota

Botão para baixar pagamento da conta Separadora da energia elétrica Nº 005.916.515

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53021-000  
CNPJ 08.065.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1852827-3

## REFERÊNCIA

ABR/2018

## APRESENTAÇÃO

30/04/2018

## CONSUMO

103

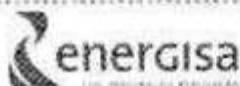
## VENCIMENTO

08/05/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 80,50

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



PARAIBA AG

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Roteiro: 18-005-641-1380

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

## VENCIMENTO

08/05/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 80,50

## MATRÍCULA

1852827-2018-04-5



DEVELOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO  
CAIXA POSTAL 42.301  
SÃO PAULO - SP  
CEP 04218-970

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE [WWW.NETCOMBO.COM.BR](http://WWW.NETCOMBO.COM.BR)

**Importante:**

Mantenha seu e-mail e telefone sempre atualizados. Acesse [net.com.br](http://net.com.br), opções 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 ILM LOCAL

descrição	total
NET Fone	52,60

Valor Total  
52,60

**NET Fone**

	DURAÇÃO	
LIGAÇÕES LOCAIS	0h45m54s	18,47
ENCARGOS FINANÇ. CONTAS ATRASO		1,21
ASSINATURA		34,80
<b>Total NET Fone</b>		<b>52,60</b>

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



Para atendimento presencial, consulte os endereços no site [net.com.br](http://net.com.br).  
- Exiba o desgastamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET fludo as 50 linhas de CPTC.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de:

0,333% e multa de 2%.  
- Caso sejam cobrados juros e multa, os valores serão incluídos nas suas próximas faturas.  
- Deficiente Auditivo e de Fala: Ligue 0800 121 7777.  
- E preste o serviço de ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD.

(Dispositivo de Telecomunicações para surdos).  
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).  
- Central de Relacionamento NET: 10821 a 0800-7217777.  
(Atendimento auditivo).  
Ou, vá ao 08007010390.

**Últimos Registros de Atendimento**  
907182701747556, 907182701747560,  
907182701690950, 907182701690943,  
907102572176844

**Autenticação Mecânica**

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,0333% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção: efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir:

BANCO BRASILEIRO 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 PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESPA, BANESPA S/A, BANESPA, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CNFL

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>2</sup>.

<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 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO DANTAS Y. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 015.946.714 / 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGO BEZERRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, conforme endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>AV NELO</u>	Número <u>720</u>	Complemento
Bairro <u>TAMBAU</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>ADYLED.DANTAS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99123-6607</u>	CPF <u>58039-101</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(83) 2576-6695</u>

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 \_\_\_\_\_  
Orgão SSP/PE portador do CPF nº 052.342.114-10 com  
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA no Estado de  
PARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA LOAIOS GRAMAME  
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 EST  
Ano: 2011  
Placa: PFJ 3043  
Chassi: 9C2KC1670 BR361609  
Data do Acidente: 16/01/2018  
Local e Data: JOÃO PESSOA, 12 DE ABRIL DE 2018

1º OFÍCIO  
DISTRITAL

1º OFÍCIO  
DISTRITAL

Wagner gonzaga da Silva Junior  
Assinatura do Declarante

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



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

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







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

### DADOS EXTRAÍDOS

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

### AVALIAÇÃO INICIAL:

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

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E, perna E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

PV fratura de platô tibial E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo

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



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



CITAL Veredito Brasília

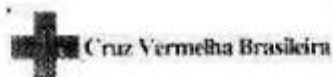
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Servidor: Fernando LimaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Documento de Alta

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA		Número Prescrição: 198834	
Data de: 10/02/2018	Sexo: Masculino	Data de Internação: 16/01/2018 22:47:12	Data de Alta: 11/02/2018 12:01:40
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018 USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			
Resumo da internação: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Resultado de Exames: RX FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO -			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			

Data: 11/02/2018

MATHEUS MARINHO ENCONTREI  
CRM 10204 - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RODRIGO BEZERRA DE SOUZA</b>		SAE <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	Telefone de Contato <b>(83) 88693101 / (00) 00000000</b>
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>MISAE EUSTAQUIO MENDES DE LUCENA</b>	Nº Cns. Regional <b>2155/PB</b>	
a Classificação <b>31.02.18 20:45:41</b>			Data/Hora Prescrição <b>16/01/2018 21:00:55</b>	
Nº Matrícula		Senha		

## anamnese

ACIDENTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO REFERINDO DOR NA PERNA E JOELHO ESQUERDO. NEGA DOR ABDOMINAL E CEFALIA.

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

## CID10

Código	Descrição
	Traumatismo não especificado

## anamnese

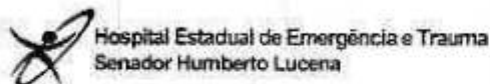
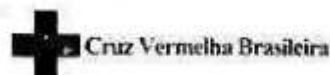
observação

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

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

MISAE EUSTAQUIO 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 Baixa
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 Antonio Carneiro de Paiva, 80	Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 5/01/2018 20:45:41		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:16:17	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

## Ortopedia

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

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

RX: Fratura de platô tibial

CD: Internação hospitalar

Staff: Dr. Kartney

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575



## 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 tíbia

## Conduta

Internar Paciente

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575







SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSAL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rodrigo Bezerra de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1056326

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/02/1986

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - CEP

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CA 4,5 Nourpago. 1  
CA praxifuro 4,5. 1  
Placa em 1,5/2 diâmetro  
Placa em T. 4 furos.  
Praxifuro calibrais: 32 L, 361, 461  
Praxifuro esponjoso 6,5 - 65 resaca 161

Praxifuro esponjoso 6,5  
resaca 32 1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

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



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSAL

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de Placa Tibial Esquerda	

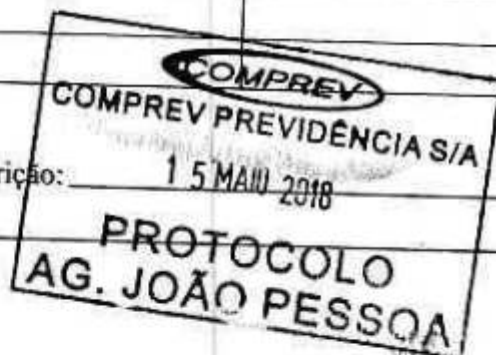
Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tratamento cirúrgico de Fratura de Placa Tibial esquerda	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

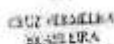
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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



Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 05/02/18



## DOE TSHU

[illegible]



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
TÉCNICA	
LÍQUIDOS	
CICLOS	
MÚLTIPLAS	
SANGUE	
ANESTESIA	
TOTAL	
DEFINIÇÃO INCIDENTE	
<input type="checkbox"/> AFET <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
1. Bpm pós o 12,5mg 0,1mg 2. Bpm 80mg 3. Bpm 80mg 4. Bpm 80mg 5. Bpm 80mg 6. Bpm 80mg 7. Bpm 80mg 8. Bpm 80mg 9. Bpm 80mg 10. Bpm 80mg	
ASSINATURA DO ANESTESISTA: _____ FUNÇÃO ASSIR. 025-1	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) DDM do Roraima nestor.
- 2) Anestesia, antineprina, CKE

Incisão:

- 3) Dupla Via de Acesso a Tíbia Proxim.
- 4) Anterolateral e Medial esquerda
- 5) Direção por Placa
- 6) Hemostático

Achados:

- 7) Fratura de Placa Tibial
- 8) Inguente

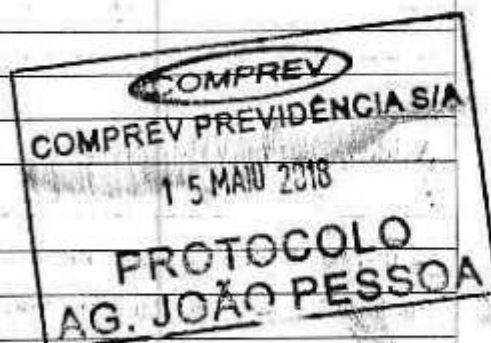
Conduta:

- 9) Redução Quanta
- 10) de Vítimas de Fratura
- 11) Fixação interna com
- 12) Parafusos de Tíbia Inferior
- 13) Anterior para Anterior superior
- 14) com Anel N° 65
- 15) e Placa em lateral +
- 16) Placa em Medial +
- 17) Parafusos corticais + esponja

Fechamento:

- 18) Sutura por Placa
- 19) Curativo Estéril

Observação:

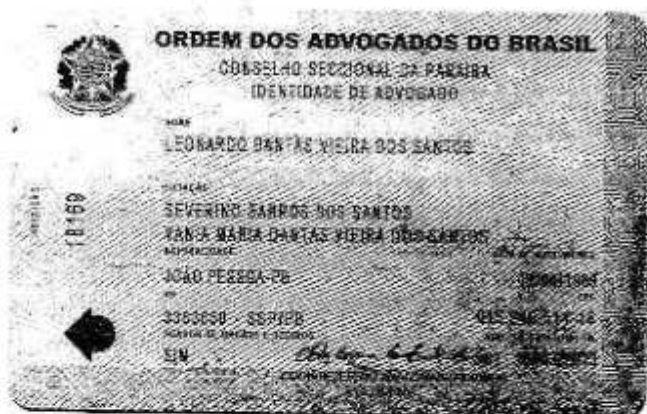


Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_







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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813569968

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20180000157754-2

VIA COD RENOVAM EXTRACICKO  
1 0029701741-1 00/00000000 2018

WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

05234211410

PF03043/PB

PFJ3043 PE

9C2KCL670RR361609

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2011

2011

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 20/04/2018

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/CONTAS

\*\*\*\*\*

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

20/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

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

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

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: VIGILANTE  
Identidade: 3.528.621 CPF: 012.832.734-17  
Endereço: RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA, 60, AP 105, GRAMAME; JOÃO PESSOA - PB

OUTORGADOS: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS, inscrita na OAB/PB, sob o número 18.169; GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, inscrita na OAB/PB, sob o número 24.100, com escritório profissional situado na Avenida Negro 720, Tambau, CEP 58035-100, 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 CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato e para a obtenção da indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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



JOÃO PESSOA, 11 MARÇO DE 2018  
Local e data

Rodrigo Bezerra de Souza  
Assinatura do Outorgante

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço Por Autenticidade a firma de RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, [48138], J. Pessoa-PB, 11/04/2018 17:15:47 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AGT74493-6ZTD 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  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB