

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 000010031030-3

---

Nr. da Autenticação C60BA0DB57F98A91



Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6380957

A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3150160550  
**Vitima:** EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/03/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

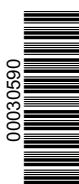
#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6464140

**A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA**

**Sinistro:** 3150160550  
**Vítima:** EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/03/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

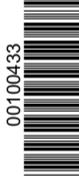
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 26 de Março de 2015

Carta n°: 6632774

**A/C: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA**

**Sinistro:** 3150160550  
**Vitima:** EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/03/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000898-2

Conta: 000010031030-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

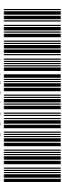
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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

Sinistro: 3150160550 - 1

Nome do(a) Examinado(a): EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PADRE ANTONIO C DE SA nº 823 - CENTRO - BOA VIAGEM/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 298302809 - SSP

Data local do exame: 10/03/2015 BOA VIAGEM/CE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE CLAVICULA DIREITA E LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SEM DEFÍCIT FUNCIONAL.**

IV. Segundo o 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**OMBRO DIREITO.**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 10/03/2015

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

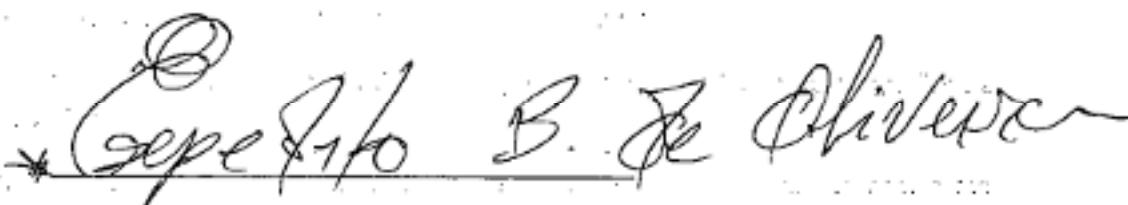
## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Expedite Bandeira de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 29830-280-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 362.564.633-15, residente e domiciliado na Rua Padre Antônio C de Nai, n 823, Cidade Bonito, Estado CE, 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:

- (1) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (2) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (3) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

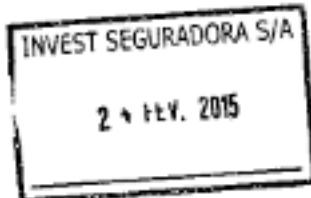
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Bonito, CE 15102-115

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Expedite Bandeira de Oliveira,

PORTADOR(A) DO RG Nº 29.830.280-9 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 03/11/08 E  
 CPF 362.564.633-15 CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO -  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0100 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VITIMA 0 mil m0, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, ao menos, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 "T1%"



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 08918-2 N° da CONTA (com dígito, se existir) 31.030-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

24 FEV. 2015

INVEST SEGURADORA S/A

Boa viagem. 15 de Fevereiro de 2015

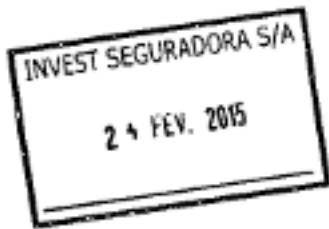
LOCAL E DATA

Cayetano B de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**Polícia Militar**  
Governo do Estado do Ceará

**DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA**

Nº 489

Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data: 27/03/2014

Hora 20:30

Local: BOA VIAGEM

**DADOS DA 1ª VÍTIMA**

Nome: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1963

Endereço: R PDRE ANTONIO CORREIA DE SA

Profissão: AUTONOMO

Pai: JOÃO BANDEIRA DE OLIVEIRA

RG: 29.830.280-9

DATA DE EXP: 03/11/2008

Naturalidade: BOA VIAGEM - CE

Estado Civil: CASADO

Mãe: ANTONIA CARNEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 362.564.633-15

**DADOS DA 2ª VÍTIMA**

DOCUMENTO 1 "T1%"

Nome:

DATA DE NASCIMENTO:

Endereço:

Profissão:

Pai:

RG:

Naturalidade:

Estado Civil:

Mãe:

CPF:

**NARRAÇÃO DOS FATOS**

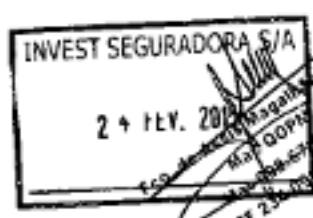
De acordo com a vítima e segundo testemunhas, o Sr EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA ao sair de sua residência localizada na Rua PDRE ANTONIO CORREIA DE SÁ uma motocicleta de placa não identificada ao tentar ultrapassar um veiculo invade a fachada de pedestre, assim causando colisão com a vitima, no local, vizinhos ligam pra policia militar onde o mesmo foi socorrido para o hospital vindo a sofrer, fratura na clavícula direita com luxação e lesão de ligamento e manguito rotador, contusão no joelho direito e luxação punho esquerdo, foi socorrido para o hospital local sofrendo também escoriações por todo corpo.

MAJ: FCO DE ASSIS

MATRICULA: 098.676-1-9

ASSINATURA:

Boa Viagem- CE 29 Março 2014



DOCUMENTO 2 \*12%



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Expedio Bandeira de Oliveira

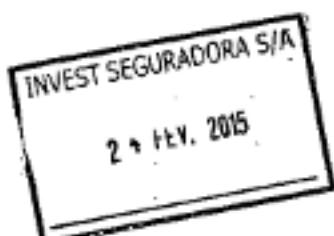
RG nº 29.830.280-9, data de expedição 03/11/08, Órgão SSP/CE,  
CPF nº 362.564.633-15, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
Nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Padre Antônio C. de Sa</u>
Número	<u>823</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Poco Whagum</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63970-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3427-2126 (88) 9666-1393</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Poco Whagum - CE 15/02/15

Assinatura do Declarante: Expedio B. de Oliveira





# Dr. José Carlos Martins Filho

## Ortopedia - Traumatologia

### RELATÓRIO MÉDICO



DOCUMENTO 2

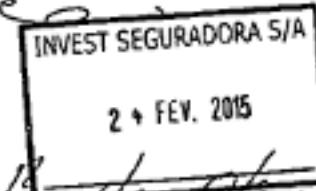
NOME:

Expedito Bandeira de Oliveira

LESÕES: Fratura de clavícula direita com luxação ímpena glenoidea pós de ligamento e mangote rotador. Contusão joelho direito. Luxações pulso Esg.

TRATAMENTO: tratamento com redução imediata luxações ombro Dto. Tratamento e comet.

SEQUELAS: Artrofibra e instabilidade com estabilida e diminuição da força do M. Dto., com subluxações ulna distal. Abscessos do braço e blefaros algea.

BOA VIAGEM - CE 30/01/14ASSINATURA DO PACIENTE: X Expedito Bandeira de Oliveira

ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

Dr. José Carlos Martins  
Médico  
CREMEC 6876



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
CSAM - CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, N°. 100, Centro.  
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136  
CNPJ: 07.816.580/0001-84

FICHA DE SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 27 / 03 /14 HORÁRIO: 20:30

NOME: Eduardo Bandeira de Oliveira IDADE: 51 SEXO: MASC

RG 29 830.280-9 CBE 26.15046-32 16

PAT: José Bonifácio de Mello NAE: Botânico Brasileiro

NATURALIDADE: Bonfim PROCEDÊNCIA:

ESTADO CIVIL: Vasco PROFISSAO: Engenheiro

**ENDERECO:** R. Rio das Pedras, número 5

**BAIRRO:** *Freguesia Vt* **CEP:** *00000-000* **UF:** *RJ*

QUEIXA PRINCIPAL: *Palpites de dor nas costas*

## Geography

10) ~~Answer by demand~~

*... opium on*

~~EXAMINE FISICO:~~ sin signos

*W. C. L. - J. H. S. - J. H. S.*

EXAMENES SOLICITADOS: FECHAS / MOBILIARIO / ETC.

---

MEDICAL MONITOR

**ANOTACÕES DE ENFERMAGEM:**

**ESO** ————— **TEMPERATURA** —————

*✓ Read by F. C. H.* PA ✓

John Chiffca

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

A FICHA SO TERA VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM BASE NA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAUDE.

**AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO**  
**DIRETORA GERAL**

PROIBIDO PLASTIFICAR



João Bandeira de Oliveira

T-0058

O 0119 0123 30 0119

RECOLHIMENTO DO PESO

04/6



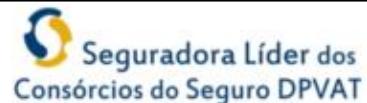
NEL. CONSUMO

VALIDADE TODO TERRITÓRIO NACIONAL  
-PERÍODO 29.8.30.280-9 DATA 03/NOV/2008  
NOME EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA.  
ENDER JOÃO BANDEIRA DE OLIVEIRA  
E ANTONIA CARNEIRO DE OLIVEIRA  
MUNICÍPIO BOA VIAGEM - CE  
DATA 10/JUN/1963  
Nº DOCUMENTO BOA VIAGEM-CE  
BOA VIAGEM  
CN:LV.ALI /FLS.116 /N.010917  
CNPJ 3625564633/05

INVEST SEGURADORA S/A

24 FEVEREIRO 2015

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150160550      **Cidade:** Boa Viagem      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 27/03/2014      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 05/03/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, CONTUSÃO EM JOELHO DIREITO E LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

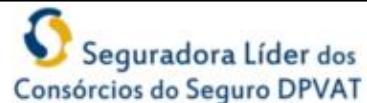
**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150160550      **Cidade:** Boa Viagem      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 27/03/2014      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVICULA DIREITA E LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** MEMBRO SUPERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SEM DEFICIT FUNCIONAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO  
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/03/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**