



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5595777

A/C: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

Sinistro: 2014955866
Vitima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
Data Acidente: 25/05/2014
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, 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Companhia Mutual de Seguro de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2014

Carta nº: 5691367

A/C: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

Sinistro: 2014955866
Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
Data Acidente: 25/05/2014
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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5821056

A/C: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

Sinistro: 2014955866
Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
Data Acidente: 25/05/2014
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: **FABIO ALISSON GOMES MOREIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000025614-0**

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 dos punhos 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FABIO ALISSON GOMES MOREIRA, portador da carteira de
Identidade nº 3012.167 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084.850.954-48
residente e domiciliado na R. SETE DE SETEMBRO, 47
Cidade JOÃO PESSOA, Estado PA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) 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.

Fábio Alisson Gomes Moreira

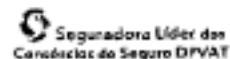
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa - 31/10/14

Local e data

Cia Mutual de Seguros
05 NOV. 2014
Documento Recebido

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 2014955866

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

Data do
Acidente: 25/05/2014CPF: 084.850.954-48 CPF de: Próprio
Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Titular do CPF: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FABIO ALISSON GOMES MOREIRA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 05/11/2014
Nome: Fabio
CPF:

Fabio

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 05/11/2014 12:11
Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA
CPF: 153.167.138-18

CIBELE MEDEIROS DA SILVA



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

2014/955866

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, Fabio Alisson Gomes Moura
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3112.167 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 07/01/10 E
 CPF 084850954-48 /CNPI 000000000-00000-00, PROFISSÃO garçom
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio Alisson Gomes Moura AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 95614-0

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

LOCAL Ypocho Pessoa DATA 10/07/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Fabio Alisson Gomes Moura

⚠ ATENÇÃO

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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Cia Mutual de Seguros

30 OUT. 2014

Documento Recebido



Cia Mutual de Seguros

30 OUT. 2014

Documento Recebido



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,**

CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 2660/2014, na mesma continha o seguinte teor: Aos trinta dias do mês de junho do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado José Guedes Sobrinho, às 19:50 horas, compareceu o Sr. Fábio Alisson Gomes Moreira, portador da cédula de identidade nº 3 112 167 SEDS/PB, natural de João Pessoa/PB, com 26 anos de idade, filho de pai não declarado e de Edileusa Gomes Moreira, residente à rua 07 de setembro nº 47, Oitizeiro, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 25 de maio do ano fluente, por volta das 22:40 horas, conduzia a moto Honda CG 150 Titan ES de placa MNW 4156/PB na rua Maria de Lourdes no bairro dos Nevais na capital, oportunidade colidiu em um carro, com o impacto, sofreu uma queda, provocando-lhe uma fratura no braço, conforme laudo apresentado. Diante o exposto solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 30 de junho de 2014.

BULETIM DE OCORRENCIA

"1004126"



Fábio Alisson Gomes Moreira

Cia Mutual de Seguros
30 OUT. 2014
Documento Recebido



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Alisson Gomes Moreira

RG nº 3112.167, data de expedição 07/01/10, Órgão SSP-PR

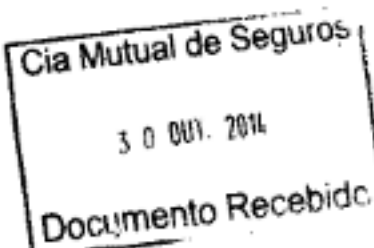
CPF nº 084.850.954.48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: 7 de Setembro</u>
Número	<u>47</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Quitzeiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.088.670</u>
Telefone de Contato	<u>83-3566-4012 1 8887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 10/07/2014

Assinatura do Declarante: X Fabio Alisson Gomes Moreira



58-088-670

More Product/Content Examples View at www.pearsoned.com
Call toll free 1-800-423-0330

2021 m04 093 30c0 v20 2918 4x22 fmc3

5/616391-9

Mar / 2014

• **Fonte Nacional de Energia Elétrica** - Transfere a responsabilidade pelo fornecimento de energia elétrica para o setor privado em 2015. A distribuição de energia elétrica não é a mesma, o modelo utilizado é o chamado "modelo de concessão", quando o Estado concede a uma empresa o direito de explorar a atividade, geralmente com o intuito de gerar lucro. Nesse caso, a empresa é responsável por manter a infraestrutura e a qualidade do serviço, mas não é responsável por garantir a universalização do acesso à energia elétrica. A distribuição de energia elétrica é feita por meio de concessionárias, que são empresas privadas que recebem licenças do Estado para explorar a atividade. A distribuição de energia elétrica é feita por meio de concessionárias, que são empresas privadas que recebem licenças do Estado para explorar a atividade.

31/03/2014

30/04/2014

481208-23 PGO

10/27/14 159.82

Date	Leisure	Date	Leisure			
27/03/14	2010	31/03/14	2729	2		210 87

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	70	0,17921	12,54
Consumo em kWh	110	0,26683	29,37

IMPÓSTOS E ENCARGOS	0,1
PIS	3,25
COFINS	3,41
CONTRIBUTO S/ REND. FISCAL	4,0
JUROS DE MORA 12/2015	3,2
SÚMULA 12/2015	25,1
TOTAL (Base de Cálculo R\$ 93.58) R\$ 27.096	

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS		108.7
PERÍODO DE DEZEMBRO 1994		6.4
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2013		
fevere	221	
jan14	183	
dez13	172	
nov13	157	
out13	102	
set13	174	
ago13	162	
ago12	160	
jun13	173	
jun12	181	
abr13	110	
mar13	148	

Média dos QI's at. mofes
(1998)

07/04/2014

R\$ 191,50

01104/2014

Cia Mutual de Seguros
30 OUT. 2014
Documento Recibido



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
DATA DE NASCIMENTO 20/08/88
NOME DA MÃE EDLEUZA GOMES MOREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 760.187
Nº PRONTUÁRIO 81.284
DATA DO ATENDIMENTO 26/05/14
HORA DO ATENDIMENTO 00:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DA ULNA DISTAL E
CID 10 S 00.9 + S 52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, (colisão moto x moto), apresentando dor na mão E e pé D, além de ferimento. Glasgow 15. Avaliado pelo Dr. Eduardo Mota Braga; Dr. Ricardo Carvalho e Dra. Maria Cléia Roriz Neves.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do punho E - AP e P
RX do pé D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da ulna distal E aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Correia Lima.

ALTA HOSPITALAR: 21/06/14
DATA DA EMISSÃO: 08/09/14

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM 2518/PB

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

Cia Mutual de Seguros

30 OUT. 2014

Documento Recebido



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.112.167 - 2 VIA
NOME	FABIO ALISSON GOMES MOREIRA
FILIAÇÃO	EDILVITA GOMES MOREIRA
NATURALIDADE	JOAO PESSOA-PB
DOC ORIGEM	NASC.N.1474 FLS.279 LIV.112
CARTORIO	JOAO PESSOA-PB.
CPF	084.050.951-48.
ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO	
LBI Nº 7.116 DE 19/08/83	

Cia Mutual de Seguros

30 OUT. 2014

Documento Recebido



Cia Mutual de Seguros

30 OUT. 2014

Documento Recebido

**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

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO ALISSON GOMES MOREIRA** Sinistro: **2014955866** Data: **25/05/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sete de Setembro, 47 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **31121672**

Data local do exame: [**19/11/2014**] **João Pessoa** [**PB**]

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 DO PUNHO ESQUERDO. DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE 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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 valoração do dano corporal.



André Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014955866 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA **Data do acidente:** 25/05/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE ULNA ESQUERDA

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014955866 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA **Data do acidente:** 25/05/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ANDRÉ 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 dos punhos	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: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: 26/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000025614-0

Nr. da Autenticação 462540AB2E15FE07