



---

**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](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 Companhia Mutual de Seguro de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



**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](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, 02 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5821056

A/C: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA

**Sinistro:** 2014955866  
**Vitima:** 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:

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

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

**Graduação:** Em grau médio 50%

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

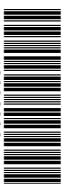
**Valor a indenizar:** 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FÁBIO ALVISON GOMES MOREIRA, portador da carteira de identidade nº 3912.167 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 PB, 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 Lider 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.

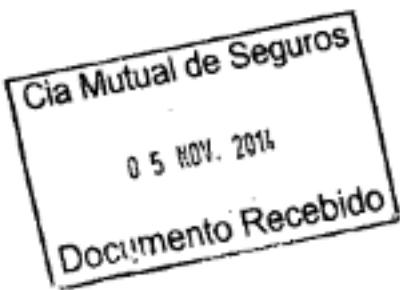
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fábio Alisson Gomes Moreira

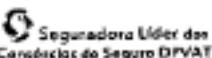
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa - 31/10/14

Local e data



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 2014955866

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FABIO ALISSON GOMES MOREIRA  
 CPF: 084.850.954-48  
 Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Data do  
Acidente: 25/05/2014  
 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
<b>BENEFICIÁRIO - FABIO ALISSON GOMES MOREIRA</b>			
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.dpvatsseguro.com.br](http://www.dpvatsseguro.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	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 05/11/2014 Nome: Fabio CPF:	Data: 05/11/2014 12:11 Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA CPF: 153.167.138-18
Fabio	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, Fábio Alisson Gomes Moreira,PORTADOR(A) DO RG Nº 3112.167 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 07/01/10 ECPF 0848150954-48 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO GangsterE RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Fábio Alisson Gomes Moreira 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, 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: etenção 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](http://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 25614-0

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

LOCAL João Pessoa DATA 10/07/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Fábio Alisson Gomes Moreira

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.dpvatsegurodetranito.com.br](http://www.dpvatsegurodetranito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Cia Mutual de Seguros  
30 OUT. 2014  
Documento Recebido



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
6º 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 6º 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 Nevaís 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.

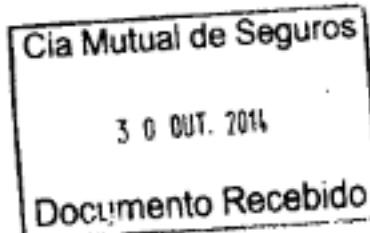
Santa Rita, 30 de junho de 2014.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



*Fábio Alisson Gomes Moreira*





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Alisson Gomes Moreira,

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

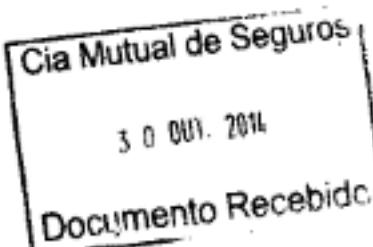
CPF nº 084.850.954-48, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: 7 de Setembro</u>
Número	<u>47</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Outizário</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.080.670</u>
Telefone de Contato	<u>83-3566-4012 18887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 10/07/2014

Assinatura do Declarante: X Fábio Alisson Gomes Moreira







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 URNA 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 Cléa Roriz Neves.

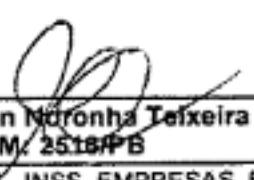
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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 Nátronha 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

## DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037

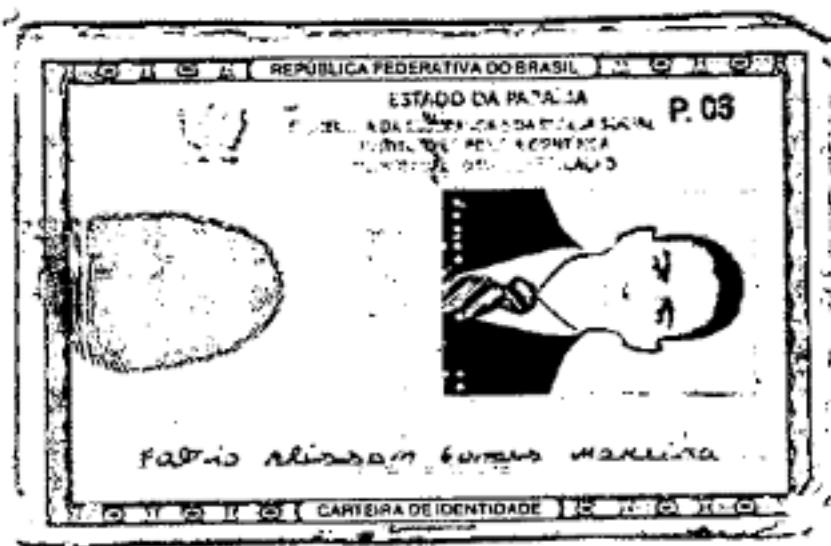


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.012.167 - 2 VIA	07/08/83
NOME	FÁBIO ALISSON GOMES MOREIRA
FILIAÇÃO	
EDILIZIA GOMES MOREIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	22/01/1968
DOC ORIGEM	MSC.N.1474 FLS.279 LIV. A
CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB.	
CPF	084.050.951-48
<i>certificado</i> ASSINTATÓRIO DE SANTOS-SP 01/08/83	
LO N° 7.116 DE 01/08/83	

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

( ) "Sem sequela permanente" (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):  
**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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: 00000025614-0

---

Nr. da Autenticação 462540AB2E15FE07