

# 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: 12/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO BREGENSE FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 00000026657-0

---

Nr. da Autenticação E72E66564D72431D

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180108133  
Vítima: JOAO BREGENSE FILHO

Cidade: Bujari  
Data do acidente: 16/12/2015

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Exame físico: MSD: Proeminência óssea no terço proximal da clavícula, encurtamento leve da clavícula, hipotrofia do deltóide, limitação funcional do ombro e redução da força muscular do membro

**Resultados terapêuticos:** Tratamento: conservador com imobilização e fisioterapia.

Alta: Março de 2016

**Sequelas permanentes:** Funcional: Limitação funcional do ombro direito e redução da força muscular do membro.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VITIMA APRESENTA DANO CORPORAL, COMO DESCrito PELO COLEGA EXAMINADOR NO EXAME FISICO, QUE ACARRETA SEQUELA FUNCIONAL INDENIZÁVEL CONFORME ART 31 DA LEI 11.945/2009

**Médico examinador:** JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

**CRM do médico:** 1820

**UF do CRM do médico:** RO

## 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 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

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180108133

**Nome do(a) Examinado(a):** JOAO BREGENSE FILHO

**Endereço do(a) Examinado(a):** R EDMUNDO PINTO, 167 - Rio Branco/AC - CEP 69905-538

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 193004 - SEPC AC

**Data e Local do Acidente :** 16/12/2015

**Data e Local do Exame :** 05/04/2018 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratamento: conservador com imobilização e fisioterapia.

Alta: Março de 2016

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Exame físico: MSD: Proeminência óssea no terço proximal da clavícula, encurtamento leve da clavícula, hipotrofia do deltóide, limitação funcional do ombro e redução da força muscular do membro.

**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:**

Funcional: Limitação funcional do ombro direito e redução da força muscular do membro.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Clavicula direita

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% 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.**

*José Luis Silverio Cabanillas*  
**José L. Silverio C.**  
**Médico Ortopedista**  
**CREMERO-1822**

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO

0408030334 - S. 427

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO  
No. DO BE: 2294684 DATA: 16/12/2015 HORA: 13:44 USUARIO: GRACIETE  
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : JOAO BREGENSE FILHO DOC...: NT  
IDADE.....: 45 ANOS NASC: 28/04/1970 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO....: ROD.AC 90 KM 80 RAMAL BEIJIA FLOR NUMERO:  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: TRANSACREANA  
MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
NOME PAI/MAE.: JOAO BREGENSE /MARILZA MONTEIRO BREGENSE  
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: NT  
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE  
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[ X mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TCI [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: SAME

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICA

~~Exames feitos + Atos~~  
~~R.CT - H.C.~~

DOCUMENTO 5 \*T5%



DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APoS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. P

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

F. Bregense filho de Gracieta  
Niver (s)



SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

DOCUMENTO 3 "T3%"



**Novo Acre**

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade:

UPA do Boa

### ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: Clínica médica

Para: Ortopédic Huerb

Nome do paciente: Jocão Breque ríbo

Hipótese diagnóstica: Fratura distal de clavícula  
Dir reit ???

#### ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Pb relato acidente de moto  
foi ida e vaga de sente dor  
em região clavicular.

\* Solicite analise e condic.



DATA: 6/12/15

Id. Silviany A. Miranda  
Médica  
CRM/AC 1873

ASSINATURA



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, José Bregense Filho

PORTADOR(A) DO RG Nº 193004

EXPEDIDO POR

SSPacEM 26/03/2010CPF 3900988192-34 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Cuidador de Planta

E RENDA MENSAL DE R\$ 810,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Bregense Filho. 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 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 POUPANÇA 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 504 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0278 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000266570

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

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

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.



LOCAL E DATA

Rio Branco, 03 de Fevereiro de 2016 José Bregense Filho.

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





ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 2ª REGIONAL - 2ª DPCR

Endereço: VINTE E QUATRO DE JANEIRO Seis de Agosto - 69901-150, Fone: 3223-3943.

OCORRÊNCIA N°: 569/2016 - Registrado em 1 de Fevereiro de 2016 às 10:08h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 16/12/2015 às 13:44hs, Quarta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Municipio: Bujari  
 Logradouro: BR 364  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Referência: KM 52 RAMAL LINHA NOVA

Estado: AC  
 Nº: CEP:  
 Tp de Local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

JOAO BREGENSE FILHO (45), do sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Servente (construcao civil), RG N°: 193004/SSPAC, nascido em 28/04/1970, natural de Sena Madureira - AC, PAI: JOAO BREGENCE e MÃE: MARILZA MONTEIRO BREGENCE, Endereço: VENEZUELA, 280 - Bairro: HABITASA - Rio Branco - AC.

VEICULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZX-4354 Renavam: 151818509 Chassi: 9C2KC15109R023728 Cor: PRETA Modelo/Marca: CG 150 TITAN KS/HONDA Ano: 2009/2009	Apurar	

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)****HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA MZX-4354, QUANDO UM PORCO ATRAVESSOU A PISTA DO RAMAL, E O COMUNICANTE/VÍTIMA COLIDIU COM O ANIMAL E COM A COLISÃO O MESMO FOI AO SOLO, QUEBRANDO A CLAVÍCULA, QUE O MESMO FOI POR CONTA PRÓPRIA AO PRONTO SOCORRO ONDE CONSTATOU-SE A FRATURA, QUE O MESMO AINDA PASSARÁ POR CIRURGIA PARA CORREÇÃO DO OSSO FRATURADO.

CLEYTON VIDEIRA DOS SANTOS  
 DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

SÉRGIO MELO DE SOUZA  
 ATENDENTE

JOAO BREGENSE FILHO  
 COMUNICANTE



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 2ª REGIONAL - 2º DPCR

Endereço: VINTE E QUATRO DE JANEIRO Seis de Agosto - 69901-150 , Fone:  
3223-3943.

OCORRÊNCIA N°: 569/2016 - Registrado em 1 de Fevereiro de 2016 às 10:08h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 16/12/2015 às 13:44hs, Quarta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Bujari  
Logradouro: BR 364  
Bairro: ZONA RURAL  
Referência: KM 52 RAMAL LINHA NOVA

Estado: AC  
Nº: CEP:  
Tp de Local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

JOAO BREGENSE FILHO (45), do sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Servente (construcao civil), RG N°: 193004/SSPAC, nascido em 28/04/1970, natural de Sena Madureira - AC, PAI: JOAO BREGENCE e MÃE: MARILZA MONTEIRO BREGENCE, Endereço: VENEZUELA, 280 - Bairro: HABITASA - Rio Branco - AC.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MXZ-4354 Renavam: 151818509 Chassi: 9C2KC15109R023728 Cor: PRETA Modelo/Marca: CG 150 TITAN KS/HONDA Ano: 2009/2009 Proprietário: LUCIANO AGUIAR DE MOURA	Apurar	

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA MXZ-4354,QUANDO UM PORCO ATRAVESSOU A PISTA DO RAMAL , E O COMUNICANTE/VÍTIMA COLIDIU COM O ANIMAL E COM A COLISÃO O MESMO FOI AO SOLO ,QUEBRANDO A CLAVÍCULA .QUE O MESMO FOI POR CONTA PRÓPRIA AO PRONTO SOCORRO ONDE CONSTATOU-SE A FRATURA .QUE O MESMO AINDA PASSARÁ POR CIRURGIA PARA CORREÇÃO DO OSSO FRATURADO.

CLEYLTON VIDEIRA DOS SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

SÉRGIO MELO DE SOUZA  
ATENDENTE

JOÃO BREGENSE FILHO  
COMUNICANTE

१८२

卷之三

ACTA POLONIAE ARCHAEOLOGICAE

THE JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004

卷之三