

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: 000000026657-0

Nr. da Autenticação E72E66564D72431D

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180108133

Cidade: Bujari

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO BREGENSE FILHO

Data do acidente: 16/12/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Exame físico: MSD:Proeminencia óssea no terço proximal da clavícula, encurtamento leve da clavícula, hipotrofia do deltoide, 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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.

Diagnostico: 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:Proeminencia óssea no terço proximal da clavícula, encurtamento leve da clavícula, hipotrofia do deltoide, 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Clavícula 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 L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

0408010134-S. 427

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO	
No. DO BE: 2294684 CNS:		DATA: 16/12/2015 HORA: 13:44 USUARIO: GRACIETE SETOR: 06-SALA DE GESSO	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: JOAO BREGENSE FILHO	DOC...	NT
IDADE	: 45 ANOS	NASC:	28/04/1970
ENDERECO	: ROD.AC 90 KM 80 RAMAL BELJA FLOR	SEXO...	MASCUI
COMPLEMENTO	: BAIRRO: TRANSACREANA	NUMERO:	
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
ACID. TRABALHO	: NAO	VEIC DE AMBULANCIA	: NAO
PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]			
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGF			
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /	
fratura crânio distal			
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZU			
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]			
DIAGNOSTICO: SAME		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICA	
INFORME ORIGINAL			
Enfermagem + ANE			
R. C. 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):			
ORITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS		[] FAMILIA [] IML [] ANAT. P	
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO	
Fratura distal de crânio		Assinatura	
R. C. H. C.			

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DOCUMENTO 3 "T3%"



Novo Acre
Crescer juntos, para o desenvolvimento

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

Unidade: USP A 20 DS J.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: clínica médica

Para: Ortopedia Hueb

Nome do paciente: João Bregues Filho

Hipótese diagnóstica: fratura distal de clavícula
direita ??

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

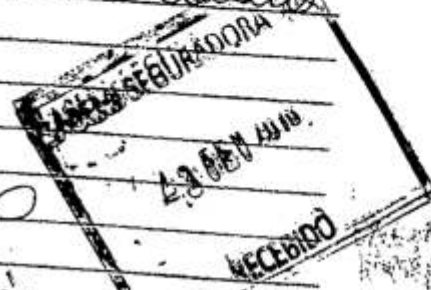
Pb relato acidentado de mão
há 1 dia e pain de susten dor
em reg. clavícula.

Solicite Análise e cond.

DATA 16/12/15

[Assinatura]
Dr. Jezielany A. Miranda
Médico
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, João Bregense FilhoPORTADOR(A) DO RG Nº 193004EXPEDIDO POR SSP/MAEM 26/03/2016CPF 390988192-34 /CNPJ _____PROFISSÃO Cuidador de Plantas

E RENDA MENSAL DE R\$ 410,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João 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 Lotéticas 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), 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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278 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.



João Bregense Filho 03 de FEVEREIRO de 2016
LOCAL E DATA

João 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
3 MEN 1418
SALVATI SEGURADORA S/A





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 Nº: 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 Nº 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".

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 (construção civil), RG Nº: 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: 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 - 2ª DPCR
Endereço: VINTE E QUATRO DE JANEIRO Seis de Agosto - 69901-150, Fone:
3223-3943.

OCORRÊNCIA Nº: 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 Nº 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".

LOCAL

Município:	Bujari	Estado:	AC
Logradouro:	BR 364	Nº:	CEP:
Bairro:	ZONA RURAL	Tp de Local:	VIA RURAL
Referência:	KM 52 RAMAL LINHA NOVA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

JOAO BREGENSE FILHO (45), do sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Servente (construção civil), RG Nº: 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: MZX-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 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.

CLEYLTON VIDEIRA DOS SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

SERGIO MELO DE SOUZA
ATENDENTE

JOAO BREGENSE FILHO
COMUNICANTE

[illegible]

पृष्ठ ६
००२२०१

W. C. A. G. P. 1. 1. 1.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

$$-ACl^{1/2} \text{ and } MA^{1/2} \text{ (c) } \omega = 2\pi \times 10^3 \text{ rad s}^{-1}$$