

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00427-8

CONTA: 000001010469-6

Nr. Autenticação

BRDESCO0301201705000000000023700427000001010469236250 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160617830

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA

Data do acidente: 18/01/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO E LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO. PERDA LEVE DA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E SE ENCONTRA AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM LIMITAÇÃO DE CERCA DE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS, OPTOU-SE POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÕES EVOLUINDO ATUALMENTE COM DOR LOCAL E LIMITAÇÃO DISCRETA PARA MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/12/2016

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ISSASSE EULLER DANTAS SANTIAGUA DA SILVA

CRM do médico: 1344

UF do CRM do médico: AC

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160617830 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LARANJA nº 163 - CONJUNTO JARDIM SAO FRANCISCO - RIO BRANCO/AC**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 124472 - SSP**
Data local do exame: **23/12/2016 RIO BRANCO/AC**

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 UMEROS PROXIMAL DIREITO E LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA

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 complicação.

PACIENTE EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E SE ENCONTRA AINDA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM LIMITAÇÃO DE CERCA DE 10% DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS OPTOU-SE POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÕES EVOLUINDO ATUALMENTE COM DOR LOCAL E LIMITAÇÃO DISCRETA PARA MOBILIDADE.

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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 DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO. PERDA LEVE DA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 seqüela 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)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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"

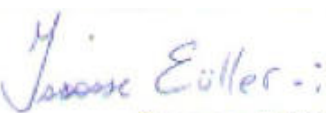
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 23/12/2016

Médico Perito: ISSASSE EULLER DANTAS SANTIAGUA DA SILVA CRM:1344/AC


Issasse Eüller
Ortopedia / Traumatologia
CRM/AC 1344

Assinatura do perito Examinador - CRM

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO

No. DO BE: 2305373
CNS:DATA: 18/01/2016 HORA: 09:34 USUARIO: ERICO
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA DOC...: NT
 IDADE.....: 58 ANOS NASC: 19/11/1957 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA LARANJA, BAIRRO: MORADA DO SOL NUMERO: 163
 COMPLEMENTO.....: UF: AC CEP....:
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO /ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA
 NOME PAI/MAE...: JOAO BATISTA VIANA TEL...: 8406-5757
 RESPONSÁVEL....: O MESMO
 PROCEDENCIA....: RODOVIA - BR 364
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[65 X 22 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[53] SPO2[92]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

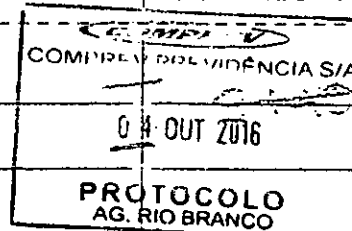
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL []

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

SAME / HUERE

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO

CÓPIA
CID:
CONFORME ORIGINAL
HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

João R. Romão - CRM 74232
 Cirurgião do Aparelho Digestivo
 CRM-AC 372

... de ... de ... de ... de ... de ...
... de ... de ... de ... de ... de ...
... de ... de ... de ... de ... de ...
... de ... de ... de ... de ... de ...

anexo 2.

~~... de ... de ... de ... de ... de ...~~

③ ... , ... com o nome
...

... + ...
... ..

... anexos

...



SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho e Artroscopia



Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBO 8.406

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

RECEITUÁRIO MÉDICO

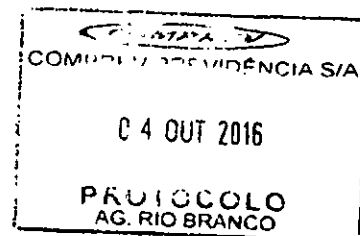
Lauro Medeiros

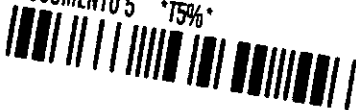
Paciente Israel de Oliveira Vianna,
58 anos, realizou exames complementares de
laboratório no Hospital das Clínicas e
foi iniciado o tratamento do diabetes
preexistente com insulina a 30 unidades
de insulina NPH 18/08/15. Realizar
tratamento continuado, incluindo
com dieta para manutenção do peso,
e os exercícios físicos adequados
de 15 a 20 minutos com intensidade de 70% da
maximização.

CID. 542.1
543.1

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1241-AC

06/08/16





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 124472 SSP AC

CPF
 133.424.362-04

DATA NASCIMENTO
 19/11/1957

FLUXÃO
 JOAO BATISTA VIANA

ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA

PERMISO
 CONDUTOR

ACE
 CONDUTOR

CAL. HABIL.
 A

Nº REGISTRO
 02185597800

VALIDADE
 11/08/2020

V. HABILITAÇÃO
 28/01/2002

OBSERVAÇÕES
 X

Israel de Oliveira Viana
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
 14/09/2015

Assinatura do Detran
 Daniel Roberto de Almeida Junior
 Diretor Geral
 Detran / AC

ASSINATURA DO EMISSOR
 58480605769
 AC406420432

DETRAN - AC (ACRE)

**VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL**
 1106244902

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1106244902

COLÉGIO ... S/A

04 OUT 2016

PROTÓCOLO
 AG. RIO BRANCO

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T196*



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, Israel de Oliveira Viana
PORTADOR(A) DO RG Nº 02185597800 EXPEDIDO POR DNT / AC EM 14/09/15 E
CPF 133424362-04 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Técnico Agado
E RENDA MENSAL DE R\$ Ricardo (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Israel de Oliveira Viana, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0427 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1010469-6

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.

COMPETÊNCIA S/A
04 OUT 2016

Rio Branco, 03 de Outubro de 2016

LOCAL E DATA

Israel de Oliveira Viana
PROTÓTIPO
ASS. RICARDO

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.

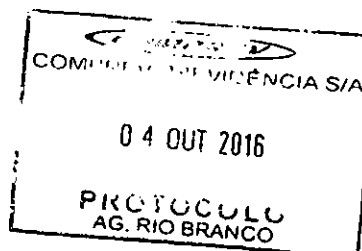
----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
 0026120 SUP ARAULO AVIARO 28/09/2016
 BRADESCO
 20.28:35 (Horário de Brasília)
4690 ID 93110011-0596

Extrato

EXTRATO CONTA POUPANCA TERM. 00026120
 ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA 20:29HRS
 AGENCIA 0427 CONTA 1010469-6 28/SET/2016

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 829,53
 + CONTA POUPANCA FACIL 829,53
 SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 829,53
 TOTAL DE RECURSOS 829,53

MOVIMENTAÇÃO CONTA POUPANCA
 ----- AGOSTO/2016 -----
 DIA HISTORICO N. DOCTO VALOR
 SALDO ANTERIOR 1 077 62





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ANTIASSALTO DE POLICIA CIVIL - DAPC
Endereço: HENRIQUE DIAS, 146 - BOSQUE - 69900-571 , Fone: (68)3226-4226.

OCORRÊNCIA Nº: 175/2016 - Registrado em 19 de Janeiro de 2016 às 17:07h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 18/01/2016 às 07:30hs, Segunda-Feira

ACIDENTE DE TRANSITO ABALROAMENTO

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:		Tip de Local:	RODOVIA, ESTRADA
Referência:	ESTRADA DE SENA MADUREIRA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA (58), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 124472/SSPAC, CPF: 133.424.362-04, nascido em 19/11/1957, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO BATISTA VIANA e MÃE: ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA, Endereço: LARANJA, 163 - Bairro: MORADA DO SOL - CEP: 69910-270 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9972-8915.

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

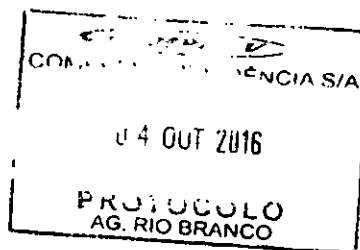
O comunicante/vítima relata que trafegava em direção a colônia de seu amigo, em que durante o percurso foi surpreendido por animal silvestre (Capivara), onde ao desviar do referido animal veio a perder o controle da sua motocicleta, NXT 3632 e por conseguinte veio a cair. O comunicante/vítima acrescenta que estava em companhia de seu amigo, esse que teve algumas escoriações, porém o comunicante/vítima se apresentou com exames do tipo Raio-X, em que segundo os referidos o comunicante/vítima teve uma fratura no ombro e algumas escoriações na mão e em seu tornozelo. Era o que tinha a declarar.

PEDRO PAULO SILVA BUZOLIN
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

ROMULO DA SILVA NOLASCO
ATENDENTE

Israel de O. Viana

ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA
COMUNICANTE





COMUNICAMOS A V.Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO

1. LOCAL DO ACIDENTE

Data: 18/01/2016 Horário: 07:30 hs.
Local do Acidente: BR 364, Km 45
Município: Rio Branco UF: Acre

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

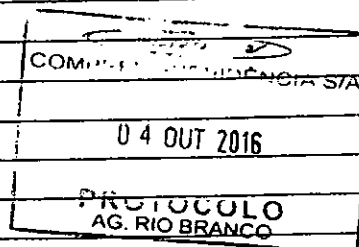
Proprietário: Israel de Oliveira Vianna CPF/CNPJ: 133.424.362-04
Marca: Dafra Modelo: Riva 150 Ano de Fabricação: 2012
Endereço do Proprietário: Rua Baranga, 163 Cor: Preta Placa: NXT 3632
UF: AC Renavam: 00535308043 Chassi: 95VC02L2CDM006642
Placa 1º Reboque: Placa 2º Reboque: Espécie: Panamax

3. DADOS DO CONDUTOR

Nome: Israel de Oliveira Vianna Estado Civil: Viúvo Profissão: Tec. Apropriação
RG nº: 124472 Órgão Expedidor: SSP/AC Sexo: M Data de Nascimento: 19/11/1957
Endereço: Rua Baranga, 163 Nacionalidade: Brasileiro
Naturalidade: Acreano Grau de Instrução: Não informado
CNH nº: 1106244902 Categoria da CNH: A Registro da CNH nº: 02185597800
Validade: 11/09/2020 UF da CNH: Acre

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

O senhor Israel relata que trafegava na BR 364, sentido Rio Branco - Sena Madureira, em direção a colônia de um amigo quando no Km 45 foi surpreendido por um animal silvestre na pista. Ao desviar do animal perdeu o controle de sua motocicleta e caiu. Senhor Israel acrescenta que estava em companhia de seu amigo, que sofreu algumas excoriações. Informa ainda que teve uma fratura no osso do duto, excoriações no braço direito e perna direita.



Israel de O. Vianna
Assinatura do Declarante

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

Nome: Melma Silva Farias RG: 4744
Graduação/Posto: Soldado Matrícula: 9371729-2 OPM: BPTBAN
Data: 21/01/2016 Horário: 10:50 hs.
Assinatura: Melma Farias

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME. ENQUADRAMENTO LEGAL - ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL. AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Declaração de Acidente de Trânsito nº 111017 - 2016