

---

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11111514

A/C: JOSE ALVES GOMES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170308739 ASL-0214461/17

**Vitima:** JOSE ALVES GOMES

**Data Acidente:** 17/03/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **29/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11111657

A/C: JOSE ALVES GOMES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170308739 ASL-0214461/17

**Vitima:** JOSE ALVES GOMES

**Data Acidente:** 17/03/2017

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2017

Carta nº: 11804167

A/C: JOSE ALVES GOMES

**Sinistro:** 3170308739 ASL-0214461/17  
**Vítima:** JOSE ALVES GOMES  
**Data Acidente:** 17/03/2017  
**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 08 de Novembro de 2017

Carta n°: 11926385

A/C: JOSE ALVES GOMES

Sinistro: 3170308739 ASL-0214461/17  
Vitima: JOSE ALVES GOMES  
Data Acidente: 17/03/2017  
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: JOSE ALVES GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000036713-5

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 ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

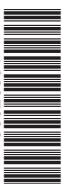
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PE \_\_\_\_\_

10014\*

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 ALVES GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 3000019EXPEDIDO POR SSP/PBEM 05 / 04 / 02 E

CPF 031726664-88 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Alves Gomes. 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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.

POMBAL - PB , 17 de MARÇO de 2017  
 LOCAL E DATA

José Alves Gomes  
 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 da análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento  
00147

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 Alves GomesPORTADOR(A) DO RG N° 30.000.19EXPEDIDO POR SSP/IBEM 05/04/02 E

CPF 031326669-88 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Alves Gomes, 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 \_\_\_\_\_ 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36713-5

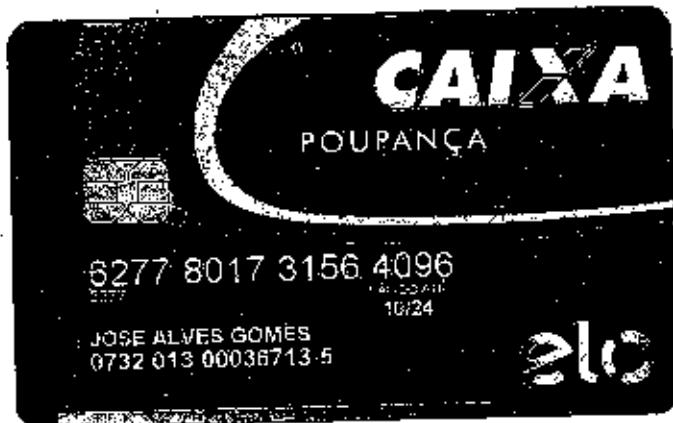
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PAULISTA-PB, 13 de SETEMBRO de 2017  
 LOCAL E DATA

José Alves Gomes  
 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 da pedido de Indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Scanned with Leica D700 | 30/09/2017 09:32 - (4400026479)

**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): Jose Alves Gomes  
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Cachoeira, S/N  
Zona Rural Paulista PB CEP: 58860-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3000019

Data local do exame: [ 30/10/2017 ] Sousa [ 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)

**OMBRO DIREITO**

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 17/03/2017 APRESENTANDO DOR + DEFORMIDADE EVIDENTE EM 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA 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?

**(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.

**PACIENTE EVOLUI COM DEFORMIDADE VISÍVEL EM CLAVÍCULA DIREITA COM VISUALIZAÇÃO DE CONSOLIDACAO VICIOSA A RADIOGRAFIA RECENTE.**

Data da alta: RECEBEU ATESTADO MÉDICO POR 90 DIAS EM 10/04/2017

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA + ANALGESIA

Complicações: CONSOLIDACAO VICIOSA DA FRATURA, DIMINUICAO DA ADM DO OMBRO DIREITO , PERDA DA FORÇA EM OMBRO DIREITO, PRINCIPALMENTE DURANTE A ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

**CONSOLIDACAO VICIOSA DA FRATURA, DIMINUICAO DA ADM DO OMBRO DIREITO , PERDA DA FORÇA EM OMBRO DIREITO, PRINCIPALMENTE DURANTE A ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro 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"**

**( ) "Sem sequela 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):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Direito**

% do dano: **( ) 10% residual**    **( ) 25% leve**

% do dano: **( ) 10% residual**    **( ) 25% leve**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual**    **( ) 25% leve**

% do dano: **( ) 10% residual**    **( ) 25% leve**

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

**( ) 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.

**CONSOLIDACAO VICIOSA DA FRATURA COM LIMITACAO DA ABDUCAO DO OMBRO DIREITO.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



Dr. George Kennedy Dutra Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 7510

**DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL**  
3<sup>a</sup> Superintendência Regional  
18<sup>a</sup> Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB  
**Delegacia de São Bento**  
**Fone (83)3444-2804**  
**Disque denúncia 197**



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0259/2017

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do fato: 17/03/17 hora: 07h:30min

Notificante: JOSÉ ALVES GOMES, alcunha "ZÉ", Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade: Paulista/PB, nascido em 19/05/1984, documento: RG nº 3000019 SSP/PB, CPF nº 071.726.664-88, filho(a) de Joaquim Alves Filho e de Francisca Marta Gomes, endereço: Sítio Cachoeira, Zona Rural de Paulista/PB, referência: próximo ao sítio Paxicu, telefone para contato 83-9 9663 8505.

Sob    a    responsabilidade    do(a)    Bel(a):    Homero    Perazzo  
Filho

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*\*, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\* , documento:  
Filiação: e de , endereço: Rua , referência:  
. Tel/Cel: ( ) ;

## HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data 17/03/17 por volta das 07h:30min o noticiante dirigia a motocicleta modelo HOnda/CG 150 Titan ES, cor preta, placa MOE 9673/PB, chassi 9C2KC08508R051215, cor preta, renavam 0098488432-7, quando na entrada do Sítio Cachoeira, Zona Rural de Paulista/PB o noticiante ao acionar o freio dianteiro da motocicleta perdeu o controle da mesma chegando a cair na via pública; Que o noticiante foi socorrido pela pessoa de nome "Junior de Nelson" para o Hospital de Paulista/PB onde recebeu os primeiros socorros. Nada mais a consignar.

São Bento, 06 de Abril de 2017, às 15:30 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

~~Matrícula: 163.620-8~~

018220  
EEL-591



**FICHA DE ATENDIMENTO URGENTE / CRÍTICO**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPSI)**

CÓDIGO DA UNIDADE: 007181

CEP/UF/CNPJ: 35.860-000/RS

Comprovação de sua devidade

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERGÊNCIA PARÁSIS

ENDERECO: Rua: Virgílio Calixto, S/N CEP: 38.860-000

MUNICIPIO: Pará de Minas

ESTADO: Minas Gerais UF: MG

**PACIENTE:**

NOME: José Aluis Gomes ESTADO: RJ IDADE: 32

NOME DA MÃE: Francisca M. Gomes DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1954

CARTÃO DO SUS: 304 2082 2019 3785

PROFISSÃO: Agricultor DOCUMENTO: RG: 3000019

ENDEREÇO: St. Achaia

MUNICIPIO: Itabira ESTADO: Minas Gerais CEP: 32.560-000

DATA DO ATENDIMENTO: 17/03/2017 CÓDIGO DO MUNICÍPIO:

**SINAIS VITAIS**

P.A.: 160 x 110

SPO:

Oxigenio:

T: 36°C

PESO:

P:

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO:**

*Na conta refere queira de moto bateu pela tronha.*

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS**

*Rx. Fratura em clavícula direita*

**RESULTADOS**

**MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:**

1º SPL 500 mg EV

2º Dipirona 1g 1 cap - ADOL 07/30

3º Voltaren 75mg 1/3 l 1 cap/1m 07/30

4º

5º

**DIAGNÓSTICO / CID:**

*Fratura da clavícula direita*

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FÍSICO:**

PRONTUÁRIO LIDER: DPUR 6 5 29/10/2014

CONSULTA PELA UNIDADE:

# 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: 01/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE ALVES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 00000036713-5

---

Nr. da Autenticação 13FBCD30A1AED049

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ ALVES GOMESRG nº 3000019 data de expedição 05/04/2002, órgão SSP / PB,CPF nº 071.726.664-88, 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>Sítio CACHOEIRA</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58860-000</u>
Telefones de contato	<u>(83)999746322 (83)981488766</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB17/05/2017

Assinatura do Declarante:

José Alves Gomes

**ANGELA MARIA DOS SANTOS**  
SIT CACHOEIRA, S/N - AREA RURAL  
PALHETA/PB/CEP: 58880000/AC 237)

Classe/Subclasse RURAL / RURAL RES.  
Rodízio 12 - 342-757-2900

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Ano: 1975 - Cidade: João Pessoa/PB - CEP: 58007-150  
(CNPJ) 0006 130/0001-40 - Wats. E-mail: 16015 823-0

Não Fisca/UF/Certidão de Energia Elétrica/NF0002916010  
Cadastrado no Sistema Automatizado: 00010403997

Atendimento ao Cliente: 0800-083-0196 | Site: [www.enoteca.com.br](http://www.enoteca.com.br)

**Conta referente a:** UC (Unidade Consumidora): E1049262-7

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 6/1048352-7

## **Canal de contato**

Mar / 2017

#### **- Acompanhamento de Bandeira Amarela -**

**Apresentação**  
A banda radiofônica aplicada no norte de Maringá (17.765) e amarrada com custo de R\$ 2.000 a cada 1.000 quinquagésima hora (KWh) comprovados. A medida se deve às consideráveis hidrologias rímanas favoráveis, as quais desfavorizam o uso adequado de usinas termelétricas, e também de geração de usinas.

21/03/2017

**Data prevista da  
reforma lettrică**

19/04/2017

CRES/CNPQ/BANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
18/02/17	4871	21/03/17	5011	1
<b>Tarifas em atraso</b>				
				<b>Demonstrativo</b>
Descrição		Quantidade	Preço	Valor(R\$)
Consumo em kWh		34	0,30818	10,47
Adic. B. Amarela				0,29
Subsídio				4,49
ICMS				3,69
PIS				0,29
COFINS				1,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
Devolução Subsídio				4,49

## Histórico de Consumo (kWh)

Few17	33
Jan17	33
Dec18	33
Nov18	33
Oct18	0
Sept18	12
Aug18	22
July18	13
June18	28
Mar18	26
Apr18	36
Mar19	17

	BASE DE CÁLCULO	ALQUOTÁ	VALOR R\$
R\$145,65	20,51	16,00	3,28
R\$150,00	20,51	1,2810	0,26
VALOR BASE:	20,51	-5,0000	-1,01

**VENCIMENTO**      **TOTAL A PAGAR**

Média dos últimos meses

28/03/2017 R\$ 16,02

0401-a8d8-31c4-a493-0128-d543-b887-e7b3

Indicadores de Qualidade - 12917-Eurocar

	<b>Limites da ANEEL</b>	<b>Aparado</b>	<b>Limite de Tensão (V)</b>
OCIMENTAL	11,74	0,00	
OC TRIMESTRAL	23,48		NOMINAL
OC ANUAL	46,88		
OC MENSAL	7,87	0,00	CONTRATAÇÃO
OC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR
OC ANUAL	30,69		LIMITE SUPERIOR
OMIC	8,48	0,00	
OCDO	19,00		

Discriminador	Valor	%
Desempenho Geral de Energia da PB	3,85	24,85
Conhecimento de Energia	5,19	31,77
Tempo de Treinamento	0,27	1,34
Entregas de Sistemas	1,56	9,88
Entregas de Disciplinas de Energia	5,18	32,21
Gestão de Sistemas	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>16,02</b>	<b>100,00</b>

ATENÇÃO

Subversão DEC 7.881/13 RG 4 AB  
- Letra confirmada

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: José Alves Gomes Data: 17/03/07

QUEIXA PRINCIPAL: Dor na clavícula direita

- ( ) Grave (  ) Regular ( ) Bom (  ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Febril (  ) Afebril ( ) Acidotico  
( ) Cianótico (  ) Palidez ( ) Anictérico ( ) Intérigo ( ) Corado (  ) Deambulando ( ) Acamado

DIETA:

Aceitando (  ) Sim ( ) Não Tipo ( ) Livre ( ) Líquida ( ) Branda ( ) Pastosa

HIGIENE:

Preservada: (  ) Sim ( ) Não

NÍVEL DE CONSCIENCIA:



- (  ) Consciente (  ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso  
( ) Torporoso ( ) Letárgico ( ) Calmo ( ) Agitado ( ) Selado

DOR:

( ) Não (  ) Sim Local: Clavícula ( ) Leve (  ) Moderada ( ) Severa

RESPIRATÓRIO:

(  ) Eupnélico ( ) Dispnélico ( ) Taquipnélico

Tosse: ( ) Presente ( ) Seca ( ) Produtiva Início: / / / / / /

CARDIOVASCULAR:

Ritmo: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Taquicárdico ( ) Bradicardico

Pulso: ( ) Filiforme Cheio ( ) Ausentes

GENITORINÁRIO:

Diurese: (  ) Espontânea ( ) SVD

Volume: (  ) Normal ( ) Anúrico ( ) Oligurico ( ) Poliúrico ( ) Refacitário

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Enfermeiro - COREN

17/03/07 - 07:30 - Paciente vítima de acidente de moto, apresentava dor na clavícula direita. Raio-X, natureza de clavícula: Fratura. ECG, consciente orientado, eugenético, normotensivo, hidratado e hipocorante (F14+). Foi avaliada médica, realizada medicinação e solicitado encaminhamento para o Hospital Regional de Petrópolis. Fazem parte da equipe o Dr. Marcelo Alves Góes e um repórter no local, aguardando transferência.

Enfermeiro - COREN

Angela Joamábia de S. C.

Enfermeira

COREN/PD 284.87

Enfermeiro - COREN

17/03/07 - 12:45 - Realizada transferência para o Hospital Regional de Petrópolis, acompanhado da motociclista Galleguinho.

Imai Yamada de S. Oliveira

Enfermeira

COREN/PB 284.870

Enfermeiro - COREN

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Name: \_\_\_\_\_

Leitor:

**SINAIS VITAIS**

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Name: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

Die Silver Schlesier

Our Best  
Divinity

وَمِنْهُمْ مَنْ يَرْجُو  
أَنْ يُؤْتَى حُكْمًا فَلَا يَعْلَمُ  
أَنَّ اللَّهَ أَعْلَمُ بِالْأَوْعَادِ  
فَلَمَّا جَاءَهُمْ مَا أَعْهَدُوا  
لَمْ يَعْلَمُوا إِذَا هُمْ مَنْهُمْ



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214461/17

Vítima: JOSE ALVES GOMES  
CPF: 071.726.664-88

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2017  
Titular do CPF: JOSE ALVES GOMES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JOSE ALVES GOMES : 071.726.664-88**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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: 02/06/2017  
Nome: JOSE ALVES GOMES  
CPF/CNPJ: 071.726.664-88

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/06/2017  
Nome: Isabel Cristina dos Santos Figueiredo  
CPF: 015.685.637-95

JOSE ALVES GOMES

Isabel Cristina dos Santos Figueiredo



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

SEGURADORA LÍDER DPVAT &amp; 5 29/05/2017 09:18 - 00000122967

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ ALVES GOMES

DATA DO ACIDENTE 17.03.2017 CPF DA VÍTIMA 071.726.664-88

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSÉ ALVES GOMES

ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO CACHOEIRA

Nº SIN COMPLEMENTO BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE PAULISTA UF PB CEP 58860-000

E-MAIL TELEFONE (83) 99974-6322

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

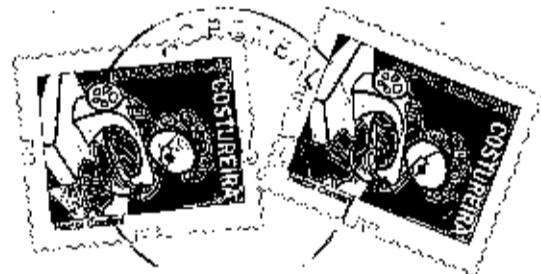
DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

**JOSE ALVES GOMES  
SÍTIO CACHOEIRA, S/N, ZONA RURAL,  
PAULISTA – PB. CEP: 58.860-000**

**SEGURADORA LÍDER**  
RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 1º  
ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO –  
RJ. CEP: 20031-205



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Corredores do Seguro DPVAT



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214461/17  
Vítima: JOSE ALVES GOMES  
CPF: 071.726.664-88

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2017  
Titular do CPF: JOSE ALVES GOMES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**JOSE ALVES GOMES : 071.726.664-88**

Autorização de pagamento

### 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](http://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 da entrega: 28/09/2017  
Nome: JOSE ALVES GOMES  
CPF: 071.726.664-88

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/09/2017  
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA  
CPF: 021.475.857-50

JOSE ALVES GOMES

YVE PARREIRA DA SILVA


[Buscar no site](#)
[Seguro DPVAT](#)

## Acompanhe o Processo de Indenização

SL

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170308739 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE ALVES GOMES

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

**BENEFICIÁRIO** JOSE ALVES GOMES

**CPF/CNPJ:** 07172666488

**Posição em 14-09-2017 10:10:45**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	JOSE ALVES GOMES

### ACESSIBILIDADE

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- [Documentos Despesas Médicas \(\[/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\]\(#\)\)](#)
- [Documentos Invalidez Permanente \(\[/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\]\(#\)\)](#)
- [Documento Morte \(\[/Pages/Documentacao-Morte.aspx\]\(#\)\)](#)
- [Dicas Indispensáveis \(\[/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\]\(#\)\)](#)

### PAGUE SEGURO

- [Como Pagar \(\[/Pages/Pague-Seguro.aspx\]\(#\)\)](#)
- [Consulta a Pagamentos Efetuados \(\[/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\]\(#\)\)](#)
- [Informações Gerais \(\[/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\]\(#\)\)](#)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170308739      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES GOMES      **Data do acidente:** 17/03/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/10/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170308739  
Vítima: JOSE ALVES GOMES

Cidade: Paulista  
Data do acidente: 17/03/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** OMBRO DIREITO.

**Descrição do exame** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 17/03/2017 APRESENTANDO DOR , DEFORMIDADE EVIDENTE EM  
**médico pericial:** 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA, ANALGESIA

Complicações: CONSOLIDACAO VICIOSA DA FRATURA, DIMINUICAO DA ADM DO OMBRO DIREITO , PERDA DA FORÇA EM OMBRO DIREITO, PRINCIPALMENTE DURANTE A ABDUCAO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA COM LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

**Médico examinador:** George Kennedy Dantas Rocha

**CRM do médico:** 19381

**UF do CRM do médico:** PE

## 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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

