

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 LÍDER 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

Vítima: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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 início 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 nº: 11926385

A/C: JOSE ALVES GOMES

Sinistro: 3170308739 ASL-0214461/17  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PL



0014

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, JOSE ALVES GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 3000019EXPEDIDO POR SSP/PBEM 05/04/02 ECPF 071726664-88 / CNPJ 00000000-0000-00, 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 JOSE 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 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT 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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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.

ROMBAL - PB, 17 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

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

SISOPVAT LÍDER DPVAT B. 5 29/05/2017 09:16 - 00001225770



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, JOSE ALVES GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 3000019EXPEDIDO POR SSP/PBEM 05/04/02 ECPF 031726664-88 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE 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 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](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 colando, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PAULISTA-PB, 13 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

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



**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**

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 VISUALIZACAO 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 ABDUÇAO DO OMBRO DIREITO.**

- 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.

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

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Direito**

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

( X ) 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

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

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinala 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 ABDUÇAO DO OMBRO DIREITO.**

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

Carimbo com Nome e CRM

Dr. George Kennedy Dantas Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 7810





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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:( ) ;

**HISTORICO 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.

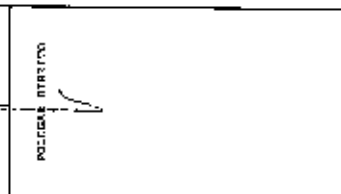
*José Alves Gomes*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 163.620-8



SEMPRE LIDE BOM E 5 29/05/2017 09:18 - 00000122975



# 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: 000000036713-5

---

Nr. da Autenticação 13FBCD30A1AED049

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE 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>SIN</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAIBA</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-PB 17/05/2017Assinatura do Declarante: Jose Alves Gomes

ANGELA MARIA DOS SANTOS  
SIT CACHOEIRA, SN - AREA RURAL  
PALMAREJA/PB CEP: 58900000 AG 237

Classe/Subclasse RURAL (RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO) 34239 A in 75  
Roteiro 12 - 242 - 757 - 2932 Referência Mar / 2017  
Nº medidor 00000825230 Data 21/03/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.095.135/0001-40 Ins. Est. 14.015.823-0  
Nº da Fatura 083 0196 5100 316 010  
Código para Dúvidas Autômatas: 0800 10403687

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

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

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

21/03/2017

Data prevista da próxima leitura

19/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

10120371471

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/02/17	21/03/17	5011	34	33
<b>Demonstrativo</b>				
Descrição		Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh		34	0,30818	10,47
Adic. B. Amarela				0,39
Subsídio				4,49
ICMS				3,69
PIS				0,26
COFINS				1,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
Devolução Subsídio				-4,49

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	33
Jan/17	33
Dez/16	33
Nov/16	33
Out/16	0
Set/16	12
Ago/16	30
Jul/16	13
Jun/16	26
Mar/16	26
Abr/16	36
Mar/16	17

Média dos últimos meses  
24

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	20,51	18,00	3,69
PIS	20,51	1,2810	0,26
COFINS	20,51	5,8262	1,21

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**  
**28/03/2017 R\$ 16,02**

8401.a6d8.31c4.a493.9128.d543.b867.a7b3

Indicadores de Qualidade 1/2017-PARABÁ

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CIC MENSAL 11,74	0,00	NOMINAL 220
CIC TRIMESTRAL 23,48		
CIC ANUAL 46,96		
FIC MENSAL 7,87	0,00	CONTRATUAL LIMITE INFERIOR 202
FIC TRIMESTRAL 15,34		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL 30,69		
OMC 8,48	0,00	
OCRO 19,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Geração de Orel da Energia de PB	3,85	24,85
Controle de Energia	5,09	31,77
Serviço de Transmissão	0,27	1,69
Serviço de Distribuição	1,56	9,88
Impostos Diretos e Encargos	5,18	32,24
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>16,02</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (R\$ 1/2017) R\$ 6,36

**ATENÇÃO**

Subvenção DEC 7.891/L245 4.48  
Leitura confirmada

SEGURADORA LIDER REPORT & S 29/03/2017 09:18 - 00000122973

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: João Alves Gomes

Data 17/03/17

QUEIXA PRINCIPAL: Doença da clavícula direita

( ) Grave (x) Regular ( ) Bom (x) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Febril (x) Afebril ( ) Acianótico ( ) Cianótico (x) Palidez ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Corado (x) Deambulando ( ) Acamado

### DIETA:

Acceptando (x) Sim ( ) Não Tipo ( ) Livre ( ) Líquida ( ) Branda ( ) Pastosa

### HIGIENE:

Preservada: (x) Sim ( ) Não

### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

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

### DOR:

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

### RESPIRATÓRIO:

(x) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico

Tosse: ( ) Presente ( ) Seca ( ) Produtiva Início: 17/03/17

### CARDIOVASCULAR:

Ritmo: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico

Pulso: ( ) Filiforme Cheio ( ) Ausentes

### GENITORINÁRIO:

Diurese: (x) Espontânea ( ) SVD

Volume: (x) Normal ( ) Anúrico ( ) Oligúrico ( ) Poliúrico ( ) Polaciúrico

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

17/03/17 - 07:30 - Paciente vítima de acidente de moto, queixa-se de dor na clavícula direita. Raio-X, fratura de clavícula direita. ECG, consciente, orientado, eufórico, normotérmico, hidratado e hipocrômico (F/4+). Após avaliação médica, realizada medicação e solicitação encaminhamento para o Hospital Regional de Sinter. Regulada para o Dr. Marcelo Alves Souza em repouso no leito, aguardando transferência.

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

Angela Joamária de S. C.  
Enfermeira  
COREN/PB 284.87

Enfermeiro - COREN

17/03/17 - 12:45 - Realizada transferência para o Hospital Regional de Sinter. Paciente acompanhado de médica Galeghier.

Angela Joamária de S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN/PB 284.870

Enfermeiro - COREN

SEGURADORA LIDER IMORT & S 29/05/2017 09:18 - 000000122977

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome:

**Leito:**

[illegible]

## SINAIS VITAIS

[illegible]

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

[illegible]

## SINAIS VITAIS

[illegible]



Dr. plov guren

0870

5112 -

90

novia

Dr. ernand lucia  
Fisio y Rehabilitacion  
C/Alfonso 12220

10/14/17

Dr. plov

puarapua

Dr. plov guren

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012029824390  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CÓD. BENEF. 20162280002858  
1 0098488432-7 00/00000000 2016

NOME  
JOSE ALVES GOMES

CNPJ / CNPJ  
07172666488

PLACA  
MOE9673/PB

PLACA ANT. / UF  
NOVO PB

CHASSI  
9C2XC08508R051215

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO PRET. ANO MOD.  
2008 2008

CAP. POT. / CIL  
2 P/149 / C

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA PAGO EM 19/04/2016

FABR. IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

KOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
19/04/2016

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

PAULISTA - PISCAL

9440



15466

DATA  
19/04/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE  
AUTOMOTORES DE VIA TR  
TRANSPORT



VEICULO  
PESSOAS

PB Nº 012029824390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
07172666488 INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2016

DATA EMISSÃO  
19/04/2016

VIA CNPJ / CNPJ  
07172666488

PLACA  
MOE9673/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

0098488432

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.  
2008

DATA ENT.

CHASSI  
9C2XC08508R051215

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

KOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO

PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

19/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.743.690/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15466-1042068-20160419

SEGURADORA LIDER DPVAT 8 5 29/05/2017 09:18 - 000001122974

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



35  
AT

## 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

SEGURADORA LÍDER DPVAT &amp; 5 29/05/2017 09:18 - 000000122967

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ALVES GOMESDATA DO ACIDENTE 17.03.2017 CPF DA VÍTIMA 071.726.664-88

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É JOSE ALVES GOMESENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO CACHOEIRANº SIN COMPLEMENTO BAIRRO ZONA RURALCIDADE PAULISTA UF PB CEP 58860-000E-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 COMPROVE 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, TAIS 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, TAIS 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

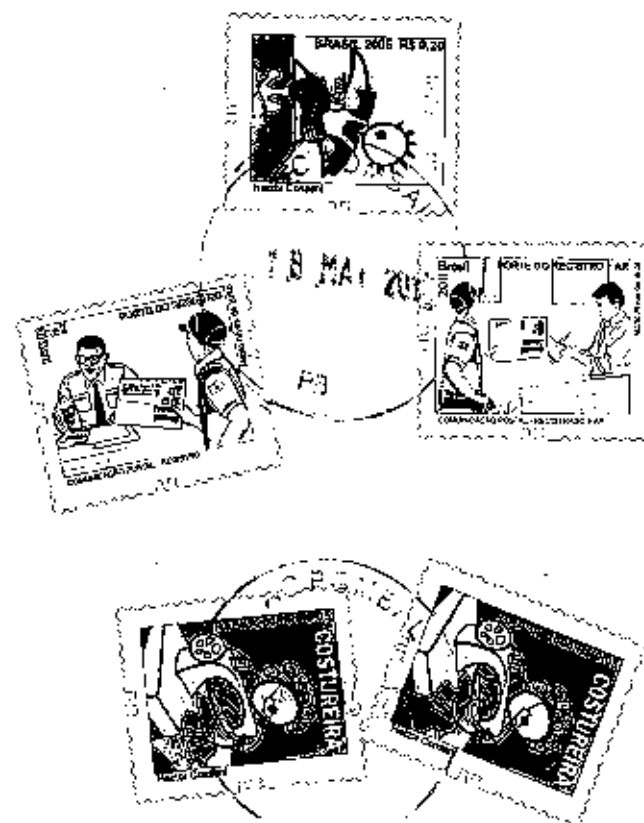
ASSINATURA \_\_\_\_\_

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

{ ETIQUETA OU CARIMBO (MP) }

# SEGURADORA LÍDER

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




**REGISTRADO URGENTE**  
**REGISTERED PRIORITY**

AR ☐ MP ☐ PESO / WEIGHT (kg)

JR 11172000 6 BR



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Contratos 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**

#### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data da entrega: 28/09/2017  
Nome: JOSE ALVES GOMES  
CPF: 071.726.664-88

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 LÍDER 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>

A A A O

**COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicais.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicais.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**PAGUE SEGURO**[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/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

**Valoração 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:**

# PARECER DE PERÍCIA 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

**Diagnóstico:** OMBRO DIREITO.

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA, ANALGESIA  
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, DIMINUIÇÃO DA ADM DO OMBRO DIREITO , PERDA DA FORÇA EM OMBRO DIREITO, PRINCIPALMENTE DURANTE A ABDUÇÃO 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

