

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405009

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

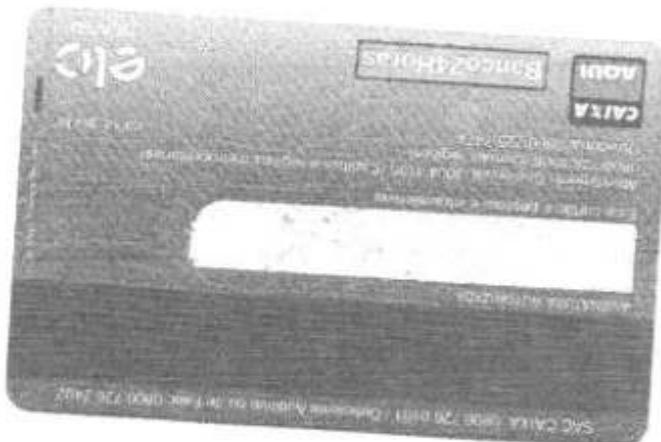
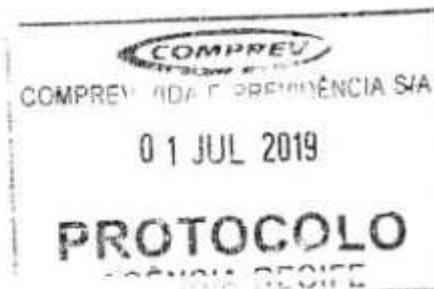
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

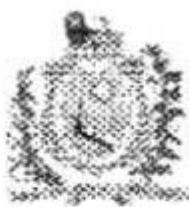
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090^ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90^ª CIRC DINTER1/14^ª DESEC.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^º 19E0180001118

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2019 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/04/2019 às 21:48

Fato ocorrido no endereço: RUA GUARATINGUETA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE GARUARU, 81 - Bairro: GARUGA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO / AUTOR / AGENTE)
LUIZ PAULO MARTINS DA SILVA (OUTRO)
GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^{as}: EDINEIDE VENTURA GOMES P^m: GERCINO DOMINGOS DA SILVA Data de Nascimento: 11/1/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: RUA TRACUMHAEM - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 556 - CEP: 5 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^{as}: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUIZ PAULO MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^{as}: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ PAULO MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS**
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 150 E Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFQ6334** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **267873026** Chassi: **9C6KE1520B9012265**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**
Descrição: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K**

Complemento / Observação

O SENHOR GLEYDSON KLEBER COMPARCEU A DELEGIÁ PARA COMUNICAR QUE NO DIA 02/03/2019 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NO BAIRRO DO CAUCA NA RUA GUARATINGUETA QUANDO UM VEÍCULO ATRAVESSOU A VIA DE ROLAMENTO ATINGINDO O NOTICIANTE QUE NO MOMENTO FICOU IMPOSSIBILITADO DE EVITAR O ACIDENTE, O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, O VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA 1903029679 E EM SEGUNDA FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste PONTUÁRIO 334659. A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NA CLAVÍCULA E NA PERNAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gleyson Kleber Ventura Domingos

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **HILDO RIBEIRO DE ANDRADE JÚNIOR** • Matrícula: **296820-7**



PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP, Nº 845/2012

Nome completo: CPF:
 Profissão: Endereço: Número: Complemento:
 Bairro: Cidade: Estado:
 E-mail: CEP:
 Tel. (DDD): (81) 9 9668-4814

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 61795 2
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

Impressão
Digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado
Local e Data: 28/10/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CPF: COMPREV

2º | Nome: CPF: COMPREV ID: COMPROVANCIAS/A

Assinatura: 01 JUL 2019

2º | Nome: CPF:

Assinatura: 01 JUL 2019



SAMU
192



ESTADO DE
CARUARU

DECLARAÇÃO

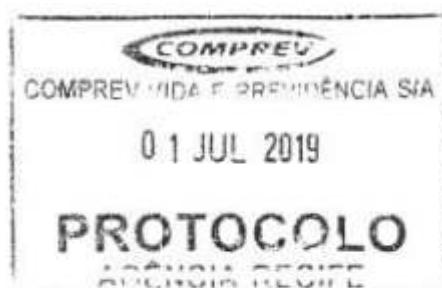
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS portador do CPF- 046.044.374-75 e RG-7.277.813 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1903029679 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 02/03/2019 às 21h e 48min, no endereço RUA GUARATINGUETÁ, BAIRRO CAIUCÁ, CARUARU-PE, com queixa de ACIDENTE DE MOTO, tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 07 de Março de 2019.

Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 07/03/19

Júlio César de Souza

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: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000041795-2

Nr. da Autenticação 9330E02AC0903C77



DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 104-351-346 (8)

BOA VISTA IMCAR, 14P
2019/2020/2021/2022

**CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**

CONTA CONTRATO
0884987016

三十六

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA NOTA FISCAL									
Nº DO RENDOR 00001462	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DAS X	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		14/12/2010	16.540,00	03/04/2011	16.540,00	1	100000		281,00

As contribuições para o
funcionamento da economia do Brasil
e a Cidade, tanto os produtos
e serviços gerados quanto a formação de
capital fixo e de mão-de-obra.

Declaração de Proprietário de Veículo

Eu, Luis Paulo Martins da Silva

RG: 7223290, data de expedição 19/11/2013

Órgão SOS-PE, portador do CPF 077.404.724-78 com

domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua Maria Tenorio, nº 06

complemento. lote 06, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Gleydson Kleber Ventura Domingos cujo o conduto era Gleydson Kleber Ventura Domingos.

Veículo: Das motocicleta

Modelo: Jazz - Factor yBR 125K

Ano: 2010 - 2011

Placa: PFQ 6334

Chassi: 9C6KE1520B0012265

Data do Acidente: 02-03-2019

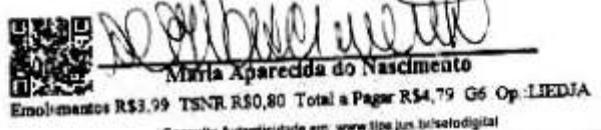
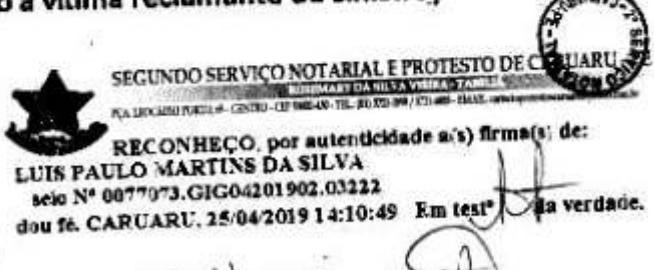
Local e data do cartório: Caruaru 25 ABR. 2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) Gleydson Kleber Ventura Domingos

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, **02/03/2019 a 03/03/2019**

Registro: **334659**

Diagnóstico: LAC Grau 2 a Direita.

Tratamento: Conservador.

1.OBS.: Vítima de Acidente de Trânsito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 07 de Março de 2019

W. S. M. S.
109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
Data Nasc.: 11/01/1985 Idade: 34 Sexo: MASCULINO

CPF: RG:

Endereço: RUA TRACUNHAEM

Bairro: BOA VISTA

CEP: 55038550 Fone: 99463800

Nome da Mãe: EDINEIDE VENTURA GOMES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 489474

Prontuário: 334659

Cor: PARDA

CNS: 400505119337457

Religião: N°: 552

Estado: PE

Profissão:

2 - ATENDIMENTO

Data: 02/03/2019 22:54

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Plata quebrou pelo lado esq e bateu o oco (D). Foi bateu
dado, rebentou o osso caparote. Na p. Dentes feridos/entus
quebrados

Exame Físico:

- ECG, pressão, coração, respiração, ofício 15
- Exa neurológico S/A
- Colorido normal. Repercussão da dor cervical a palpares

Diag. Provisório:

Lse gran (2)

Rx - Braço - AP
Rx - Ombro (D) - AP

Ortopedia / Traumatologia
02/03/2019 22:54
Ortopedia / Traumatologia
02/03/2019 22:54

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Ortopedia

(2) Almox. Coarctado + Quileos
+ Interventos no ombelos de
ortopedia c/ todos.

1º de 1º
1º de 1º

Ortopedia / Traumatologia
02/03/2019 22:54



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ Tel.: _____
Endereço: _____

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento:

Tel:

Diag. Definitivo

Assinatura

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento _____

Condicão de Alta

() Curado Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 03/03/11 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

02/03/2019 22:54:26

2 de 2

1. Usuário do Atendimento

DIEGOJLV

D. Xanuado Honorato da S. Júnior
Ortopedia e Traumatologia
CRF-PE 20136 SBOTITEOT 15.309

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 02/03/2019 22:47

	Nome Paciente: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 11/01/1985
	Sexo: Masculino
	Idade: 34
	Senha: PU0019
	Convênio: -
	Atendimento: SAME:

Período: 02/03/2019 22:48 - 02/03/2019 22:51

LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ITIMA DE COLISAO CARRO/MOTO, REFERE USO DE CAPACETE, QUEIXA-SE APENAS DOR EM OMBRO D, NEGA VOMITO, DESMAIO, NEGA TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P. A. DIASTÓLICA: 80.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/03/2019 22:51

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Geórgio da Cunha Vaz

Prontuário: 334659

Data: 02/03/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

1) LAC ORN IT > 0.000

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

nos ns soz onco-015 er a. numas

benozos em sambava e maracana

TRATAMENTO REALIZADO:

1) cobração

Alta Hospitalar: Data: 03/03/19 Hora: _____

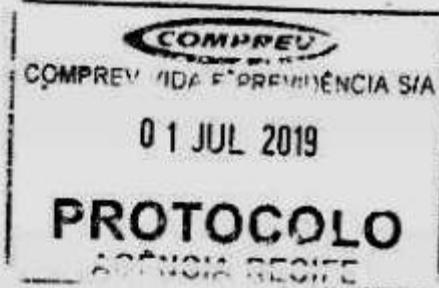
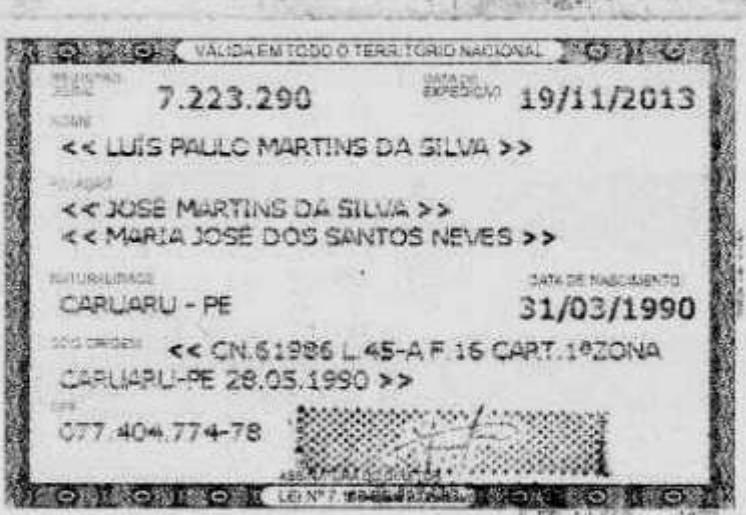
CRASPE
03/03/19
2 + 2 numas
400000

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



C.P.F. 046.044.344-45





23/01/2019

“Via para Pagamento da Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1378070906

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. 24 DE MARÇO 111 804-2272
CEP: 50130-000
CNPJ: 17.933.912/0001-03
PIS/COFINS: 001594-33

Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Terça Social de Energia Elétrica - Lei 10.498 de 26/04/2012

COMERCIAL 0800-081120 FONTEIRÃO 0800-081004

Agente de Pagamento dos Serviços Públicos Delegados

Linha Geral de Telefone: 11-21

Agência de Energia Elétrica - ANEEL 11-21

Linha Grátis de Serviços Fiscais da Bahia

Na Operadora de Telefonia Celular

DADOS DO CLIENTE!
LUIZ BERNARDINO DOS SANTOS

DATA DE VENCIMENTO
05/11/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
26/10/2018

CONTA CONTRATO
4012404218

DATA DA APRESENTAÇÃO
26/10/2018

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

TOTAL A PAGAR
R\$ 20,15

NÚMERO DA NOTA FISCAL
037208918

PERÍODO CONSUMO

25/09/2018 a 26/10/2018

CONSUMO
30

COMPREV
COMPREV - DISTRIBUIDORA S/A

01 JUL 2019

PROTÓCOLO
- CONCEPÇÃO RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOMINGOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR (GRAU II) EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOMINGOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220224/19

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

CPF: 046.044.374-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS : 046.044.374-75

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
CPF: 046.044.374-75

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA