

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 26/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000069182-8

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014078384 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SETENTRIONAL nº 256 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 58961825 - SSP**
Data local do exame: **17/02/2014 BOA VISTA/RR**

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)

CONTUSAO DO OMBRO DIREITO
CONTUSAO DO JOELHO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA

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

☒ 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.

LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO
LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem 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

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 17/02/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890


Julio Cezar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM


Dra. Dorez M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5896.182-5 EXPEDIDO POR SSP-PR EM 26/10/89 E
 CPF 003414309-15 /CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilmar P. dos Santos, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



30 JAN. 2014

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 001 AGÊNCIA 0250 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE 69.182-8
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

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

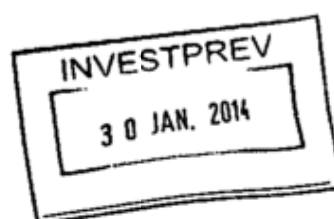
LOCAL Boa Vista - RR DATA 15/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Gilmar Pereira dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: **305 / 2014** Registrado no dia: **15/01/2014** às **10:07:00**

COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		CPF: 773.414.309-15
RG: 5896182-5	O. EXPEDIDOR: SSP/RR	DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969
CNH:	NATURALIDADE: URANDI	UF: BA
NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS	ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL	
LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL	NOME DO PAI: NAO DECLARADO	
CIDADE: BOA VISTA	Nº 256	BAIRRO: EQUATORIAL
GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO	ESTADO: RR	PROFISSÃO: SERV. GERAIS
TELEFONE:	CELULAR:	

Senhor Delegado, venho a presença de Vossa Senhoria comunicar que por volta de **18:00:00**

do dia **23/04/2012** no Bairro: **PRICUMA** à **AV. MARIO H. MELO** aconteceu o seguinte fato:

RELATO

QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO DIA, HORA E LOCAL INDICADO QUANDO FOI "FECHADO" POR UM OUTRO VEÍCULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO CHÃO. QUE SOFREU LESÕES CORPORAIS. QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. QUE FAZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DO SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



30 JAN. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS
 VEICULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietario
Veiculo 1 NAJ-5867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: O Comunicante, vítima de Lesão Corporal, terá o prazo de até 6(seis) meses para representar criminalmente contra o Autor do Fato, a contar da data do fato(PRAZO DECADENCIAL)

DIGITADOR
 INSCRIÇÃO 09

Gilmar Pereira dos Santos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
 Comunicante

Boa Vista - RR, 15 de Janeiro de 2014

Despacho(s) da Autoridade Policial:

- () Fato Atípico. ARQUIVE-SE;
 () Aguarde-se Representação Criminal;
 () Aguarde-se novos fatos...
 () Intime-se o Comunicante
 () TCO, pelo crime previsto no Art. _____ do CTB;
 () A(o) _____, para providências;
 () Sumário(s) de CNH e/ou Veículo(s) envolvido(s);
 () Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.

() Outras Providências:

Delegado de Polícia





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos SantosRG nº 5896.1825, data de expedição 26/10/89, órgão SSP-PRCPF nº 773.414.309-15, 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>Setentrional</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014Assinatura do Declarante: Gilmar Pereira dos Santos**EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:****(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.**

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSCR. EST. 24.007.022-3
NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE 0-1 000039074
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 0698

CLIENTE: DIRCE SGOBERO
ENDEREÇO: R. SETENTRIONAL 256 EQUATORIAL
END. ENTR.:
LOCALIDADE: BOA VISTA CEP: 69.317-378
CNPJ / CPF: CPF: 00009589224928

DADOS SOBRE LEITURA

Leitura Atual:	7011	Data da Leitura Atual:	16/12/2013
Leitura Anterior:	6654	Data da Leitura Anterior:	14/11/2013
Consumo Medido:	357	Data da Próxima Leitura:	16/01/2014
Consumo Faturado:	357	Data da Emissão:	16/12/2013
Constante de Multiplicação:	1	Data da Apresentação:	16/12/2013
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Número de dígitos de Leitura:	5		

CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe	Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO		E2739423		1.4.1.1	337

ROTEIRO: 007.001.28.06.155500

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO
NOV/13	335	OUT/13	359	SET/13	339	AGO/13	302
JUL/13	307	JUN/13	333	MAI/13	314	ABR/13	370

ITENS FATURADOS

TARIFA SEM TRIBUTOS:

10 A 30 - 0,066650
31 A 100 - 0,148550
101 A 220 - 0,222020
221 A 357 - 0,247580

CONSUMO 30 A R\$ 0,107880 = 3,23
70 A R\$ 0,184946 = 12,94
120 A R\$ 0,277413 = 33,28
137 A R\$ 0,308239 = 42,22
DEVOÇÃO RES. 395/09 10/13 - 3,77
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 10,13



Eletrobras

Distribuição Roraima

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estas com bandeira vermelha. Em 2014 vigorará acréscimo de R\$ 0,030 por kWh. Duvidas: www.aneel.gov.br.

Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.2BAD.1688.3382.5D8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA		DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS		Vencimento
Distribuição:	33,82	Base de Cálculo:	91,67	16/01/2014
Energia:	34,90	Alíquota ICMS:	17,00%	
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,58	
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,43	Valor a Pagar R\$
Tributos:	18,02	Valor do COFINS:	2,01	98,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	MENSAL
LIMITE	5,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	10,80			9,00			1,98	
CONJUNTO:	DISTRITO			PERÍODO DE APURAÇÃO: 10/2013			EUSD: 27,42	

REAVISO DE VENCIMENTO

ÁREA DE MENSAGEM
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO QG DA 1 BRIGA DA DE INFANTARIA DE SELVA. REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR. TARIFA: REAJUSTE MEDIO -16,83 RES ANEEL 1.648 DE 29/10/2013. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

ROTEIRO: 007.001.28.06.155500



Eletrobras
Distribuição Roraima

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSCR. EST. 24.007.022-3

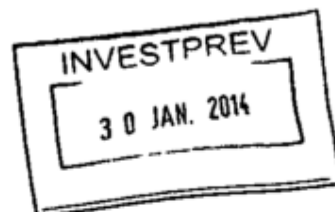
CÓDIGO ÚNICO
108206-0

TOTAL A PAGAR - R\$
98,03

Mês Faturado
12/2013

Vencimento
16/01/2014

836500000000 2 98030075000 0 00000000108 1 20601213008 7



Hospital Geral de Roraima

Paciente: 00232042 GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos

Doc.:

Sexo: Masculino

Natural:

RAO INFORMADO

Endereço: Rua Setentrional, 256

Pai:

Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256

Bairro: CRUVIANA I

Município: BOA VISTA - RR

Telefone: 01100416

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Data Atendimento: 23/04/2012 - 18:16

TRIAGEM (Horas: 3

PA: /

(um/du) / Temp: /

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE (HORA DA CONSULTA: 18:16)

Paciente com dor de cabeça, náusea, vômito. Glasgow 15 pontos.
do dia - Hematoma no crânio.

EXAME FÍSICO

Paciente consciente, orientado, sem alterações.

Forças +

Reflexos +

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

10040



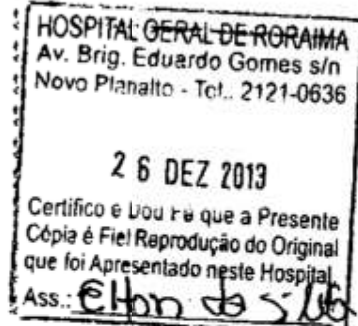
PRESCRIÇÃO



UNIDADE MAGEM

1 Dipirona 2g EV
2/ Atibio 2 40g EV

Dr. Marlon Krubnik de Matos
UROLOGISTA - TISSU
CRM 10040



ALTA: DATA / HORA / DESTINO: () DOMICILIO () UBERE () INTERNACAO () TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo médico responsável
Data 12049124 registrada por LEIDY

Ass. Paciente ou Responsável

INVESTPREV
30 JAN. 2014

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
-REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL-

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

GILMAR P. DOS SANTOS

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.896.182-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/1989

NOME GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE URANDI/BA

DDC ORIGEM COMARCA=URANDI/BA, DA SEDE

C.NASC 6085, LIVRO=419, FOLHA=17

Cpf 773.414.309-15

CURTI/BA-PN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DATA DE NASCIMENTO 09/07/1969



1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilmar Pereira dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5896.182-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 773.414.309-15, residente e domiciliado na R. Setembrinal, 256, Equatorial, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

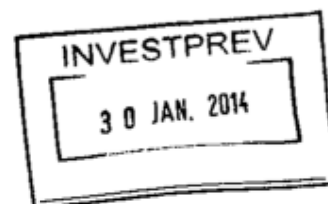
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



Gilmar Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Boa Vista - 15.01.2014

Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014078384**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GILMAR PEREIRA
DOS SANTOS**Data do acidente:** 23/04/2012**Emissor do
parecer:** Tatiane
Jardim
dos
Santos**Seguradora:** Investprev
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387

PARECER

Data da análise: 11/02/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados
terapêuticos:** TTO CONSERVADOR**Sequelas
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014078384**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GILMAR PEREIRA
DOS SANTOS**Data do acidente:** 23/04/2012**Emissor do parecer:** Suelen
Rodrigues
Nogueira**Seguradora:** Investprev
Seguradora S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2678

PARECER

Diagnóstico: CONTUSAO DO OMBRO DIREITO CONTUSAO DO JOELHO DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO LIMITACAO LEVE NA FLEXO
EXTENSAO DO JOELHO DIREITO**Resultados terapêuticos:** TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS
DO JOELHO DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 17/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ**UF do CRM do médico:** AM

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00