

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2015

Carta nº: 6748504

A/C: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

Sinistro: 3150318896
Vitima: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA
Data Acidente: 20/10/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2015

Carta nº: 6869107

A/C: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

Sinistro: 3150318896
Vítima: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA
Data Acidente: 20/10/2014
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.dpvatsegurodotransito.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, 22 de Maio de 2015

Carta nº: 7005174

A/C: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

Sinistro: 3150318896
Vítima: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA
Data Acidente: 20/10/2014
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: **CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000609-2**

Conta: **0000019647-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: **3150318896 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CONSTANTINO nº 00 - CENTRO - SEBASTIAO BARROS/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1776691 - SSP**
Data local do exame: **13/05/2015 BARREIRAS/BA**

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)

POLITRAUMA COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIREITA
LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR 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.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO
EM ALTA MÉDICA

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA PARCIAL E PERMANENTE EM OMBRO DIREITO, COM DOR, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO MÁXIMA.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

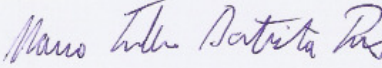
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

.-

Local e data de realização do exame médico legal:

BA - BARREIRAS, 13/05/2015

Médico Perito: MARCO TULLIO BATISTA PIRES CRM: 17716


Dr. Marco Tullio B. Pires
Ortopedia / Traumatologia
CRM 17.716 - TEOT 11.645

EDR ☐ Serviços Técnicos de Seguros

AVISO DE SINISTRO DPVAT

098794

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

☐ Morte☐ Atropelamento da vítima☒ Invalidez Permanente☐ Vítima passageiro do veículo☐ DMS - Desp. Assist. Médica e Suplementares☐ Vítima motorista do veículo

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Cláudio Benício de Souza	06/06/73	757.226.743-20

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
Rua Constantino	0	()

CEP	Cidade	Estado
64985-000	Sebastião Barros	RS

Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ()
E-mail:	CEP Cidade Estado

Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTE AVISO. ☐ Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. ☐ Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário). ☐ Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u> . ☐ Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. ☐ Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima. ☐ Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. ☐ Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. ☐ Cópia do comprovante de residência do receptor.	☐ Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). ☐ Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).	☐ Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. ☐ Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais). ☐ Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.	☐ Laudo do Instituto Médico Legal (jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.

Serv. Téc. de Segs. Ltda

08 ABR. 2015

PROTOCOLO

Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheira(o) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	☐ Certidão de Casamento da vítima, <u>com data atualizada</u> .
Beneficiário(a): Companheira(o)	☐ Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	☐ Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando do menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	☐ Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	☐ Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Pede-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.
 2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Local e data

Assinatura do reclamante

08 ABR. 2015

PROTOCOLO



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 da beneficiária 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 Roberto Pereira de Sousa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.476.691 EXPEDIDO POR SSPPS EM 07/06/95 E
 CPF 031226143-20 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VITIMA o mesmo 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT:
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Us meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresal e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUQUINHA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PRÓTOCOLO

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19647-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUQUINHA (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.

LOCAL E DATA

Roberto Pereira de Sousa



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).

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS
JANUARY 1950

TO THE PRESIDENT OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
FROM THE DEAN OF THE FACULTY

THE DEAN OF THE FACULTY
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS
JANUARY 1950

THE DEAN OF THE FACULTY
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS
JANUARY 1950

THE DEAN OF THE FACULTY
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS
JANUARY 1950

THE DEAN OF THE FACULTY
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS
JANUARY 1950

19.647-9

SALDO

DISPONIBILE

JUROS

0.00

IOF

BOMPRATODOS

(EDR)

Serv. Téc. de Caga Ltda

08 APR 2015

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

PROTOCOL 1

Papel
fabricante
solvente
calor
Fabricante
Específico
Fornecedor
Contrato

Deficiente - Aditivos ou de
0800 729 0088

Papel termossensível que vive um, de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.



Cerflor INMETRO
Certificado 11-17

Fabricante do papel: Oji Paper - CNPJ 11.547.758/0001-71
Especificação do papel: Termobank - 55g/m² - 385m
Fornecedor: Autopel - CNPJ 08.233.031/0005-90
Contrato: 2014/74210447

to com plásticos,
exponha a luz,



Cerflor INMETRO
Certificado 11-17

Central de Atendimento BB
Saldo, pagamentos, extratos,
cartões, transferências, renovação
e outras operações

4004 0001 e 0800 729 0088

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Informações, sugestões, reclamações, dúvidas, renovação,
suspensão ou cancelamento de
contratos e serviços

0800 729 0722

Ouvidoria BB

Atendimentos
(mediante protocolo)

0800 729 5555

Deficiente - Aditivos ou de

0800 729 0088

Central de Atendimento BB

Saldo, pagamentos, extratos,
cartões, transferências, renovação
e outras operações

4004 0001 e 0800 729 0088



DOCUMENTO 1 "T196"



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
7º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
GPM DE SEBASTIÃO BARROS-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O Nº S/N

UNIDADE: SEBASTIÃO BARROS-PI REP. PELO REGISTRO: SD PM ALIRIO LUSTOSA NOGUEIRA
COMANDANTE: JOSÉ CARLOS DOS SANTOS BARBOSA - 1º SGT PM DATA: 29/01/2015 HORAS: 7: 00h 57min

DADOS DA OCORRÊNCIA

NÚMERO DO B.O: S/N
UNIDADE RESPONSÁVEL: GPM DE SEBASTIÃO BARROS-PI DATA: 29/01/2015 HORA: 7: 00h 57min
ENDEREÇO: Sebastião Barros-PI PONTO DE REFERÊNCIA: AV ANDRE PEREIRA LOBATO
MUNICÍPIO: Sebastião Barros-PI BAIRRO/LOCALIDADE: CENTRO

DADO DO INFORMANTE

NOME: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA DOCUMENTO: RG nº 1776691 SSP/DF CAT.AD CPF: 757.226.743-20
ENDEREÇO: RUA COSTANTINO PEREIRA NESTA CIDADE SEBASTIÃO BARROS-PI DATA NASC: 06/061973
BAIRRO/LOCALIDADE: O MESMO: PROFISSÃO: LAVRADOR

PESSOAS ENVOLVIDAS

NOME: O MESMO
ENDEREÇO:

TELEFONE



NATUREZA DO FATO

ACIDENTE DE TRANSITO

NARRATIVA DO FATO

O Informante Acima Qualificado na oportunidade QUE compareceu a este GPM Declarou: Que no dia 20/10/2014, por volta das 7:00 h 57 min quando trafegava na PI 415 que liga a cidade de Sebastião Barros-PI cidade de Corrente-PI em uma moto HONDA/NXR /150 BROS VERMELHA PLACA OEA-3303 ANO DE FABRICAÇÃO 2012/2012,RENAVAM 460571710 CHASSI 9C2KD0550CR556834,Em nome de JOSE SOBRINHO GUEDES RIBEIRO quando o pneu da moto estourou e veio a cair chegando quebrar o ombro direito baseado no laudo medico ,onde o mesmo foi atendido no hospital de Santa Rita de Cassia BA ,ficando parado das suas atividade ,por um tempo de acordo lado medico.

ASSINATURA RESP. PELO REGISTRO

ASSINATURA DA VITIMA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
GERENCIA DE POLICIA DO INTERIOR
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE CORRENTE



DECLARAÇÃO

Declaro para os fins que se Fizerem necessários que nesta cidade de Corrente-PI. Não existe IML (Instituto de Medicina Legal).

Corrente-PI, 05 de novembro de 2013.

DELEGACIA REGIONAL
ESTADO DO PIAUÍ
AUTORIDADE POLICIAL
CORRENTE - PIAUÍ

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda
08 ABR. 2015
PROTOCOLO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cléberley Pereira de Sousa, portador da carteira de identidade nº 1.776.691 e inscrito no CPF/MF sob o nº 757.226.743-20 residente e domiciliado na Rua Constantino Cidade Sebastião Barros Estado Pernambuco, 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Cléberley Pereira de Sousa

Local e data



Hospital de Santa Rita de Cássia

Endereço: CONSELHEIRO LUIZ VIANA

Cidade: SANTA RITA DE CÁSSIA

E-mail: ...

prova do ato

4544819

CNPJ: 03.376.345/0001-32

Telefone: (077) 3625-1420

Data/Hora 20/10/2014 11:36

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente

Nome: 39247 CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

Mãe: HELENA PEREIRA DE SOUZA

Endereço: RUA CONSTANTINO PEREIRA, S/N, CENTRO - SEBASTIAO BARROS/PI

Convênio: SUS

Profissão: LAVRADOR

Cod. de Credenciamento: 2603012

Nasc: 06/06/1973 Idade: 41

Sexo: M Telefone: () -

Natural: CORRENTE PI

Tipo de Atendimento: 2

Atendimento Enfermagem

PA: 110x80 Temp: _____ Peso: _____ Resp/SPO2: _____ Horas: 11:30 FC: _____ HGT: _____

Alergia: _____ Medicação usual: _____

Há Posto de PSF em sua localidade? ☒ Sim ☐ Não Qual a localidade? _____

Você utilizou o PSF antes de procurar o Hospital? ☐ Sim ☒ Não Justificativa: _____

Anamnese Enfermagem: _____

Atendimento Médico Horas: 11:30 Assinatura Enfermagem

Resumo de Exame Físico - Acidente ☐ 0- Trabalho 1- Transito 2- Outros

Suspeita Diagnóstica

(EDR)
Serv. Téc. da Coga Ltda

03 ABR. 2015

CONDUTA/PRESCRIÇÃO/PROCEDIMENTO

HORÁRIO

OB.S. DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO

1) 120-140

2) 120-140

DOCUMENTO 3 *T36*



Arilton C. D. do Prado
Tecnólogo em Radiologia
C.R.T. - B. 01/10/14

Clara Fátima Amorim
Téc. Enfermagem
C.R.T. - B. 01/10/14

Priscila Batista de Souza
Téc. Enfermagem
C.R.T. - B. 01/10/14

Alta após medicação ☐ Alta Após Exames ☒ Hora da Alta: 13:35

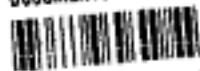
Internamento ☐ Transferência _____ Referenciado para: _____

Avaliação Ambulatorial com: _____

Óbito: _____ Hora: _____

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elberton Pereira da SouzaRG nº 1.776.690, data de expedição 07/06/95, Órgão SSP/DF

CPF nº 757.22643-20 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>Rua Constantino</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Subartão Barros</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>64985-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Elberton Pereira da Souza

BANCO



CTCE TERESINA PI TTO

RAILA CRISTINA DOS PASSOS LOBA
CONSTANTINO 0 CASA
CENTRO
64985-000 SEBASTIÃO BARROS PI



Remetente:
Banco BMG S/A
Avenida Álvares Cabral, 1707
Bairro Santo Agostinho,
30170-001 - Belo Horizonte - MG



721003837004716 00000041476 30 070113

BANCO BMG S/A
Avenida Álvares Cabral, 1707
Bairro Santo Agostinho,
30170-001 - Belo Horizonte - MG

Para uso do Cliente

- ☐ NÃO PROCURADO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO
- ☐ AUSENTE
☐ FALCIDO
☐ OF. ESCRITA PELO PORTADOR DO BOM

DATA

REINTEGRADO AO
SERVIÇO POSTAL EM:

ASSINATURA DO ENTREGADOR Nº



VENCIMENTO	TOTAL DESTA FATURA R\$	PAGAMENTO MÍNIMO PREVISTO EM FOLHA R\$	SALDO R\$
10/01/2013	6.179,66	57,16	6.122,50

Data	Descrição	Valor (US\$)	Valor (R\$)	Desconto Máximo Previsto em Folha R\$
05/12	IOF		7,88	
10/12	PAGTO DESCONTO EM FOLHA		57,16	
20/12	ENCARGOS ROTATIVO		189,17	

VALOR DA MARGEM CONSIGNADA

Resumo desta Fatura R\$	
Saldo Anterior	8.039,77
Créditos / Pagamentos	57,16
Total de Débitos	197,06

Limite de Crédito	
Compras (R\$)	1.429,00
Saque (incluindo Limite de Compras) (R\$)	0,00

Encargos (Percentual do Mês)	
Rotativo	3,06%
Saque / TeleSaque	3,06%
Máximo para o próximo Período	3,06%
IOF Diário	0,0082%
IOF Adicional	0,38%

Custo Efetivo Total máximo para o próximo período		
	Mensal	Anual
Financiamento	3,56% a.m.	45,45% a.a.
Saque	3,56% a.m.	45,45% a.a.

Desconto em folha de pagamento previsto para o mês JANEIRO-13. Caso não seja descontado utilize a ficha de compensação abaixo para pagamento.

Próxima fatura com fechamento previsto para ocorrer em 22/01/2013

Central de Atendimento a Clientes

4002-7007 - Capitais e Regiões Metropolitanas 0800 777 7377 - SAC
0800 770 1790 - Demais localidades 0800 723 2044 - Ouvidoria
0800 773 3779 - Deficiente Auditivo

Informações Importantes

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

3 2378.000 29/07/15

F-44500

BANCO BMG

318

Recibo do Cliente

Cliente
RAILA CRISTINA DOS PASSOS LOBA

Cartão
5313.04XX.XXXX.0022

Nosso Número
40211220022

Vencimento
10/01/2013

TOTAL DESTA FATURA R\$	PAGAMENTO MÍNIMO PREVISTO EM FOLHA R\$	SALDO R\$
6.179,66	57,16	6.122,50

Via Cliente Autenticação Mecânica

Data de emissão

BANCO BMG

318

31890.00106 00112.962543 02112.200221 8 00000000000000

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.				Vencimento CONTRA APRESENTAÇÃO	
Cedente BANCO BMG S/A - CNPJ: 61.186.680/0001-74 - Av. Álvares Cabral, 1707 - Santo Agostinho - Belo Horizonte/MG				Agência / Código do Cedente 0001/0001129625	
Data do Documento 20/12/2012	Nº do Documento 5313.04XX.XXXX.0022	Espécie Doc. RECIBO	Acerto N	Data Process. 20/12/2012	Nosso Número 40211220022
Use Banco CIP 775	Carteira 057	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento	Valor do Documento
Instruções Encargos pelo atraso no pagamento serão cobrados na próxima fatura. Não receber após 04/02/2013. SR. CAIXA: NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE.				(-) Desconto / Abatimento	
				(-) Outras Deduções	
				(+*) Mora / Multa	
				(+*) Outros Acréscimos	
				(*) Valor Cobrado	
Sacado RAILA CRISTINA DOS PASSOS LOBA CONSTANTINO O. CASA 64985-000 CENTRO SEBASTIÃO BARROS PI					

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

DOCUMENTO 4 *T46*



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Sobrinho Auedes Ribeiro
RG nº 1121051974 data de expedição 25/08/98, Órgão _____, portador
do CPF nº 960702365-34, com domicílio na cidade de _____, no
Estado de _____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. C. Pereira nº 574, complemento _____, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Clebson Passa de Souza

Veículo:

Ano:

Modelo:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

Clebson Passa de Souza 23/02/2015

Jose Sobrinho Auedes Ribeiro
Assinatura do Declarante





RESUMO CLINICO

Cleberton Pereira de Souza

Dt. Nasc: 06/06/1973

Nro. SES: 6281267

Adm. N.º: H380887

Dt. Admiss.: 06/01/2015

LOCAL: Hra - INT Ortopedia

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

PACIENTE PASSA BEM O PERIODO SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM ALTERAÇÕES NO QUADRO CLÍNICO E ORTOPÉDICO.
DIURESE E EVACUAÇÕES OK
BOM ESTADO GERAL, EUPNEICO, A.A.A.

NOVO RX

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

Paciente evolui sem queixas, em BEG

AGUARDA AGENDAMENTO DE DIA CIRURGICO

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS DURANTE O PERIODO.
BOM ESTADO GERAL, SEM INTERCORRENCIAS.

AGUARDA AGENDAMENTO DE DIA CIRURGICO

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

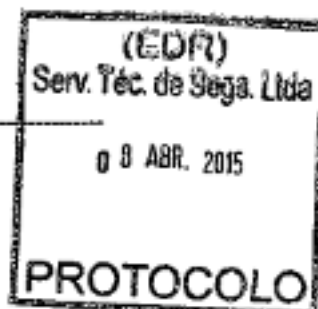
LAC grau V à D

Nega alergias a medicamentos e comorbidades

Deformidade em ombro D. Discutido com Dr. Allison que orientou internar o paciente para realização de tratamento cirurgico.

CD:

interno e solicito exames laboratoriais





Cleberton Pereira de Souza

Dt. Nasc: 06/06/1973

Nro. SES: 6281267

Adm. N.o: 11380887

Dt. Admiss.: 06/01/2015

LOCAL: Hrpa - INT Ortopedia

- Tratamento cirúrgico para LAC à D

- 1) Paciente em DDH em cadeira de praia sob anestesia geral
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis conforme rotina ortopédica
- 4) Incisão minimamente invasiva em sabre, de cerca de 3cm sobre a clavícula. Divisionados planos e palpado o menisco para sua retirada. Feita hemostasia local.
- 5) Incisão minimamente invasiva em sabre, de cerca de 1.5cm sobre o coracóide. Divisionados planos, afastado o peitoral medialmente e palpada a proeminência óssea. Feita hemostasia local.
- 6) Feitos dois túneis da clavícula para o coracóide: anterior para posterior respectivamente, e posterior para anterior respectivamente.
- 7) Passado fiberwire dobrado ao meio pelos túneis, conferindo formato em 8, com... ambas as pontas saindo pela incisão clavicular
- 8) Feita manobra de redução acromioclavicular e passados dois fios de K 2.0 conferindo estabilidade à mesma.
- 9) Amarrados os fios de fiberwire em 5 nós travados
- 10) Conferida hemostasia novamente. Limpeza das incisões com SF 0.9%
- 11) Cortados os fios de K. Sutura de subcutâneo e pele
- 12) Curativo estéril. Tipóia em MSD
- 13) Aos cuidados do anestesista

Dr Allison + Dr Silvio R3 + Dra Maria Cecilia R2

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

Paciente sem queixas durante a visita, em BEG, corado, hidratado, afebril, acianótico, anictérico, eupnéico.
Não refere alterações urinárias ou nas dejeções.

CD:

aguarda procedimento cirúrgico (explico ao paciente a situação em que se encontra a saúde pública no DF e as razões pela demora em realizar o procedimento)





RESUMO CLINICO

Cleberton Pereira de Souza

Dt. Nasc: 06/06/1973

Nro. SES: 6281267

Adm. N.º: 11380887

Dt. Admiss.: 06/01/2015

LOCAL: Hrpa - INT Ortopedia

Diagnóstico

CID 10

S43.1 Luxação da articulação acromioclavicular

Medicamentos

Medicamentos

DIPIRONA SODICA SOLUCAO ORAL 500 MG / ML FRASCO 10 ML

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml

DIPIRONA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG/ML 2 ML

TENOXICAM PO LIOFILIZADO PARA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG
FRASCO-AMPOLA

CODEINA (FOSFATO) + PARACETAMOL COMPRIMIDO 30 MG + 500 MG

CEFAZOLINA SODICA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA

TRAMADOL (CLORIDRATO) SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML

PARECOXIBE PO LIOFILIZADO 40 MG FRASCO-AMPOLA

Exames

Exames

Hemograma Completo c/ plaquetas (Eritrograma+Leucograma)

Glicose

Ureia

Creatinina

Sodio

Potassio

TAP Tempo de Protrombina

Evolução

pct passa bem o periodo sem queixas, neurovascular ok, rx pos op ok.

cd: alta , orientações, atestado, retono, receita



■ Alergias **Novo**

Categoria | Alergia | Data início | Status | Comentários | Usuário | [Edita](#)

■ Alertas **Novo**

Categoria | Mensagem | Status | Data Entrada | Data Validade | [Data Fechamento](#) | Hora Fechamento | [Edita](#)

■ Sinais, Sintomas e Diagnósticos **Novo**

Data	Hora	Código CID	Descrição CID	Tipo Diagnóstico	Profissional	Edita
06/01/2015	09:15	S43.1	S43.1 Luxação da articulação acromioclavicular	Admissao	EDER FERRARI RAMOS CAJADO	



ALTERAÇÕES NO QUADRO CLÍNICO E ORTOPÉDICO.
DIURESE E EVACUAÇÕES OK
BOM ESTADO GERAL, EUPNEICO, A.A.A.

NOVO RX

06/01/2015 10:21

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

Paciente evolui sem queixas, em BEG

MED.RESID. - ORT. E
TRAUMATOLO
EDER FERRARI RAMOS
CAIADO

AGUARDA AGENDAMENTO DE DIA CIRURGICO

07/01/2015 11:49

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS DURANTE O
PERÍODO.
BOM ESTADO GERAL, SEM INTERCORRENCIAS.

MED.RESID. - ORT. E
TRAUMATOLO
GERALDO CALIXTRATO
MINIO

AGUARDA AGENDAMENTO DE DIA CIRURGICO

06/01/2015 09:14

ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão

LAC grau V à D

Nega alergias a medicamentos e comorbidades

Deformidade em ombro D. Discutido com Dr. Allison que orientou internar o
paciente para realização de tratamento cirurgico.

CD:

interno e solicito exames laboratoriais

MED.RESID. - ORT. E
TRAUMATOLO
EDER FERRARI RAMOS
CAIADO





Relatório de Evoluções

Cleberton Pereira de Souza

Nascimento: 06/06/1973

SES: 6281267

Admissão: EM-14132810 **Hospital:** HRPa-Hosp. Regional do Paranaíba **Data Admissão:** 06/01/2015

Admissão Atual: I1380887

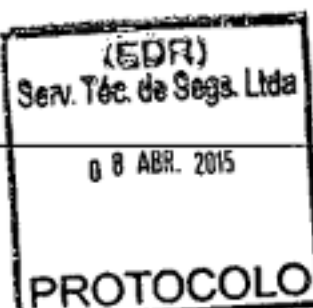
<u>Data</u>	<u>Hora</u>	<u>Texto</u>	<u>Usuário</u>
13/01/2015	11:32	pct passa bem o período sem queixas, neurovascular ok, rx pos op ok. cd: alta, orientações, atestado, retorno, receita	MED.RESID. - ORT. E TRAUMATOLO GERALDO CALIXTRATO i1380887
12/01/2015	16:44	- Tratamento cirúrgico para LAC à D 1) Paciente em DDH em cadeira de praia sob anestesia geral 2) Assepsia e antisepsia 3) Aposição de campos estéreis conforme rotina ortopédica 4) Incisão minimamente invasiva em sabre, de cerca de 3cm sobre a clavícula. Divisionados planos e palpado o menisco para sua retirada. Feita hemostasia local. 5) Incisão minimamente invasiva em sabre, de cerca de 1.5cm sobre o coracóide. Divisionados planos, afastado o peitoral medialmente e palpada a proeminência óssea. Feita hemostasia local. 6) Feitos dois túneis da clavícula para o coracóide: anterior para posterior respectivamente, e posterior para anterior respectivamente. 7) Passado fiberwire dobrado ao meio pelos túneis, conferindo formato em 8, com ambas as pontas saindo pela incisão clavicular 8) Feita manobra de redução acromioclavicular e passados dois fios de K 2.0 conferindo estabilidade à mesma. 9) Amarrados os fios de fiberwire em 5 nós travados 10) Conferida hemostasia novamente. Limpeza das incisões com SF 0.9% 11) Cortados os fios de K. Sutura de subcutâneo e pele 12) Curativo estéril. Tipóia em MSD 13) Aos cuidados do anestesista Dr Allison + Dr Silvio R3 + Dra Maria Cecília R2	MED.RESID. - ORT. E TRAUMATOLO MARIA CECILIA ORTEGA DASACI
11/01/2015	08:10	ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão LAC grau V à D Paciente sem queixas durante a visita, em BEG, corado, hidratado, afebril, acianótico, anictérico, eupnéico. Não refere alterações urinárias ou nas dejeções. CD: aguarda procedimento cirúrgico (explico ao paciente a situação em que se encontra a saúde pública no DF e as razões pela demora em realizar o procedimento)	MED.RESID. - ORT. E TRAUMATOLO EDER FERRARI RAMOS C61400
09/01/2015	09:34	ADM 06.01.15 - queda de moto há cerca de 1 mês da admissão LAC grau V à D PACIENTE PASSA BEM O PERÍODO SEM QUEIXAS ALGICAS, SEM	MED.RESID. - ORT. E TRAUMATOLO GERALDO CALIXTRATO i1380887



Grupo de Questionário: Centro Cirurgico [Todas Passagens]

Novo

Data	Hora	Evolução
12/01/2015	17:48	PADADM: 73 PAD15: 64 PAD45: 77 PAD60: 79 PADSAL: 82 NOMEADM: ERLIANDRA LOPES DA SILVA NOME15: ERLIANDRA LOPES DA SILVA NOME45: MARIA MONICA DA SILVA NOME60: MARIA MONICA DA SILVA NOMESAL: MARIA MONICA DA SILVA PASADM: 138 PAS15: 137 PAS45: 140 PAS60: 138 PASSAL: 136 FCADM: 96 FC15: 96 FC45: 89 FC60: 99 FCSAL: 89 OXADM: 96 OX15: 89 OX45: 97 OX60: 97 OXSAL: 98
12/01/2015	15:24	Anestesia: GERAL+PLEXO PAS: 130 PAD: 80 FC: 65 Cateter Intra Venoso Nº: 18 Local: MSE Soro: SF 0,9% Observação: PUNÇIONADO ACESSO EM SO.



Grupo de Observações: Sinais Vitais Centro Cirurgico [Todas Passagens]

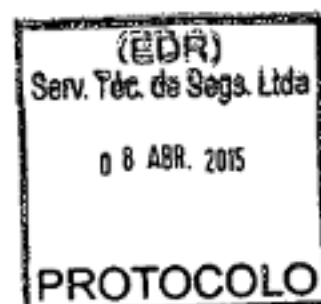
Indicador	12/01/2015 18:27	12/01/2015 18:27	12/01/2015 17:48	12/01/2015 17:48	12/01/2015 17:48
Pressao Sistolica	110	110	136	138	136
Pressao Diastolica	70	70	82	79	82
Frequência Cardíaca (bpm)			89	99	89
Frequência Respiratória					
Temperatura C					
Oximetria			98	97	98

Pesquisa

Anestesias e Cirurgias

Cirurgia	Data	Nº da Anestesia	Data de Inicio	Data do término	Anestesista	Hora de Inicio	Hora do Tén			
☐	12/01/2015	AN-201651								
Registro de Cirurgias										
Nova cirurgia										
No. da Cirurgia	Tipo	Cirurgia	Categoria	Cirurgião	Data Inicio	Hora Inicio	Data Término	Hora Término	Clínico Geral	Hosp
		Tratamento								

	OP-128159	Eletiva	cirurgico de luxacao / fratura- luxacao acromio- clavicular	Principal	ALLISON TIAGO ARRUDA ARAUJO	12/01/2015	15:00	12/01/2015	16:15	
--	-----------	---------	---	-----------	--------------------------------------	------------	-------	------------	-------	--



■ **Editar Grupo Questionário: Anamnese CS** **■** **Novo**

Anamnese

Queixa Principal

queda de moto há 1 mês. refere dor e deformidade em ombro D.
nega alergias a medicamentos e comorbidades

Exame Físico

elevação do terço distal da clavícula D

Hipótese Diagnóstica

LAC grau V

Conduta

discutir com especialista em ombro

Atualiza

■ Medidas Físicas

Peso	Data	Peso	Altura	Data	Altura	Cintura

■ Grupo de Questionário: Histórico [Todas Passagens]

Data	Hora	Evolução
23/01/2015	09:54	QueixaPrincipal: 10º PO de LAC V a direita sem queixas ExameFísico: hiperemia em flos k necrose em fo proximal HipoteseDiagnostica: LAC Conduta: curativo retorno em 5 semanas ciprofloxacino 14 dias orientacoes
06/01/2015	07:34	QueixaPrincipal: queda de moto há 1 mês. refere dor e deformidade em ombro D. nega alergias a medicamentos e comorbidades ExameFísico: elevação do terço distal da clavícula D HipoteseDiagnostica: LAC grau V Conduta: discutir com especialista em ombro

Serv. Téc. de Segs. Ltda

08 ABR. 2015

PROTOCOLO

■ Grupo de Observações: Cartão do Pré-Natal [Todas Passagens]

Pesquisa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

10

Cleberton Pereira de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA
Secretaria de Previdência Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

Nº de Inscrição
767228743-20

Data de Nascimento
08/08/73

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DOCUMENTO 6 "T64"



13183
Serv. Fed. de Seg. Soc.

03 ABR. 2015

PROTOCOLO

LEI N.º 7.209/63

huy

CPF: 767.228.743-20
Data Nascimento: 08/08/73

Nome: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA
Assinatura: *Cleberton Pereira de Souza*

DATA DE NASCIMENTO: 08-08-1973

DATA DE EMISSÃO: 07-06-1995

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em: 27/08/98

Assinatura: *[Illegible]*

Este documento é a representação de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e utilizado por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150318896 **Cidade:** Sebastião Barros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/10/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Politrauma.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150318896 **Cidade:** Sebastião Barros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/10/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMA COM TRAUMA EM CLAVÍCULA DIREITA
LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA PARCIAL E PERMANENTE EM OMBRO DIREITO, COM DOR, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO MÁXIMA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO
EM ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCO TULLIO BATISTA PIRES

CRM do médico: 17716

UF do CRM do médico: BA

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

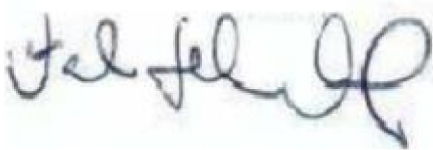
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: 18/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEBERTON PEREIRA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00609-2

CONTA: 000000019647-9

Nr. da Autenticação DAE62998C3A21042