

# 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: 28/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: MAURO SERGIO CONDE DA SILVA

BANCO: 104

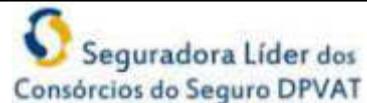
AGÊNCIA: 03416

CONTA: 00000009374-4

---

Nr. da Autenticação 86700497ECD5BE5E

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150848196      **Cidade:** Xapuri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO SERGIO CONDE DA SILVA      **Data do acidente:** 20/05/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA RESIDUAL, DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO EM VALGO E COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO

**Resultados terapêuticos:** TTO CONSERVADOR-REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373/AC

**UF do CRM do médico:** AC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	\$2,531.25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>\$2,531.25</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

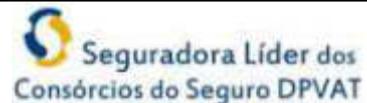
**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150848196      **Cidade:** Xapuri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO SERGIO CONDE DA SILVA      **Data do acidente:** 20/05/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA RESIDUAL, DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO EM VALGO E COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO

**Resultados terapêuticos:** TTO CONSERVADOR-REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373/AC

**UF do CRM do médico:** AC

## 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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	\$2,531.25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>\$2,531.25</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150848196 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **MAURO SERGIO CONDE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO nº 1848 - LARANJAL - XAPURI/AC**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 171630 - SSP**

Data local do exame: **21/10/2015 RIO BRANCO/AC**

### 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)

#### **FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO**

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 complicações.

#### **TTO CONSERVADOR-REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA**

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.

#### **EDEMA RESIDUAL, DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO EM VALGO E COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

#### **PUNHO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

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:

**AC - RIO BRANCO, 21/10/2015**

**Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC**



JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA  
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



HS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE R.

NO. DO BE: 2224659 DATA: 20/05/2015 HORA: 09:47 USUARIO: GRACIETE  
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MAURO SERGIO CONDE DA SILVA DOC..: NT  
 IDADE.....: 42 ANOS NASC: 11/07/1972 SEXO..: MASCULINO  
 ENDERECHO....: RUA 24 DE JANEIRO NUMERO: 1848  
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: LARANJAL  
 MUNICIPIO....: XAPURI UF: AC CEP...:  
 NOME PAI/MAE.: ANTONIO LOPES DA SILVA /MARIA DO CARMO CONDE DA SILVA  
 RESPONSAVEL....: ESPOSA-RAIMUNDA NONATA TEL...: 9974-6210  
 PROCEDENCIA....: MUNICIPIO XAPURI  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEXO DE AMBULANCIA: SIM

PA[  mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM.COMPL.[ ]RAIO X[ ]SANGUE[ ]URINA[ ]TC[ ]LIQUOR[ ]ECG[ ]ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Histórico de acidente automobilístico.  
 dor + deformidade no punho esq.  
 Rx: Fractura punho.*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ]  AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]OS Riscos é incerto.  
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR]  LEVE  MODERADA  INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
26 SET 2015
CONTEUDO NAO VERIFICA DO GENTE SEGURADORA S/A

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Pai: Antônio Soares da Silva  
mãe: Maria Gonçalves da Silva

01

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 20/05/15 HORA: 05:10 N° SIS PRÉ-NATAL: \_\_\_\_\_ C.SUS-Nº \_\_\_\_\_

NOME: Márcio Sérgio Gonçalves da Silva IDADE 42

DATA NASC: 11/07/72 SEXO:  MASCULINO  FEMININO

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Motorista TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro

BAIRRO: Barrocas CIDADE: Xapuri ESTADO: AC

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

Acidulto da cora, esgotamento referido, com dor no antebraço esquerdo, dor torácica.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: pesteiro. Pneumotórax deformados

TRATAMENTO: do antebraço

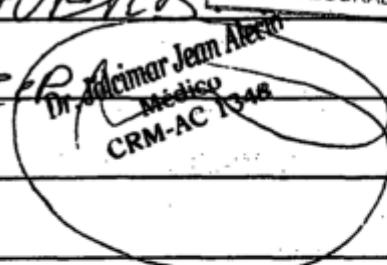
est. → inalação com Síntese

→ descompressão (J) e us.

→ Encaminhamento p/ HUERB

Pedi consentido, orientado enc. E.P.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
26 SET. 2015
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO GENTE SEGURADORA S/A



CONDIÇÕES DE ALTA:  MELHORAMENTO  CURADO  A PEDIDO  EVASÃO  ÓBITO



ESTADO DO  
**Povo**  
**do Acre**  
SILVIA DE SOUZA CORRÊA

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

UNIDADE:

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Maria Sengrã

O Alginac 1000mg

Tomar 1g (0) dia x 50-71

Francisbel Freitas  
Oncologia  
CAMSAC - 751

20/05/2015



ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

Unidade:

H.E.J. (Legui)

### ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

Para: HUE RB (Rw Branco)

Nome do Paciente: Mauro Sergio Cardoso de silva

Hipótese Diagnóstica: Fratura do pulso esquerdo  
(Copotamento de como?)

### ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins que

Solicito aviso econduto  
por meios de Transfusão

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
26 SET. 2015
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A

DATA: 20/09/15

Mr. Jolcimar Jean Alecio  
Médico  
CRM-AC 1348

Assinatura



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, Mauro Sérgio Conde da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 171630EXPEDIDO POR SSP/ACEM 19/06/2015 ECPF 321825892-87 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mauro S. C. da Silva, 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](http://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 **DEPARTAMENTO DE SINISTRO** com cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

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

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## 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) 3416.013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003374-4

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.

Belo Horizonte, 26 de agosto de 2015

LOCAL E DATA

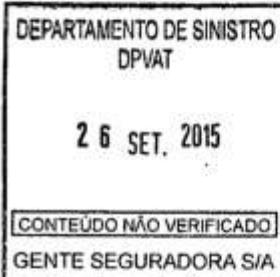
Mauro Sérgio Conde da Silva

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.



MS/DATASUS

## HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE

NO. DO BE: 2224659 DATA: 20/05/2015 HORA: 09:47 USUARIO: GRACIETE  
 CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

0005

## ATO IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: MAURO SERGIO CONDE DA SILVA DOC.: NT  
 IDADE: 42 ANOS NASC: 11/07/1972 SEXO.: MASCULINO  
 ENDERECHO: RUA 24 DE JANEIRO NUMERO: 1848  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: LARANJAL  
 MUNICIPIO: XAPURI UF: AC CEP.:  
 NOME PAI/MAE: ANTONIO LOPES DA SILVA /MARIA DO CARMO CONDE DA SILVA  
 RESPONSAVEL: ESPOSA-RAIMUNDA NONATA TEL.: 9974-6210  
 PROCEDENCIA: MUNICIPIO XAPURI  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VETO DE AMBULANCIA: SIM

PA [ ] mmHg PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

EXAM.COMPL. [ ] RAIQ X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TCG [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Historia de acidente automobilistico.  
 dor + deformidade no punho - 610  
 Rx: Fratura punho*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

OS: *Risco de invenção*  
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

*Francisco L. Freitas  
 Ortopedista  
 CRMANAC 761*

HORARIO DA MEDICACAO

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT	
26	SET. 2015
CONTEUDO NAO VERIFICADO	
CENTRE SECURADORA S/A	

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO