

---

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

**Nº Sinistro:** 3180068173

**Vitima:** MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

**Data do Acidente:** 13/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180068173.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 13/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

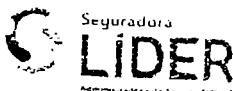
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000063405-8

---

Nr. da Autenticação 8E437C94800A113D



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, estiver regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASL

(CPF da Vítima)

**814.771.552-87**

Nome completo da vítima

**MARCOND de SOUSA m. Gomes**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

**MARCOND de SOUSA m. Gomes**

CPF titular da conta

**814.771.552-87**

Profissão

**RECLUSO**

Endereço

**AV. SAEL KARRADA**

Número

**1374**

Complemento

**1**

Bairro

**CAUPMÉ**

Cidade

**BOA VISTA**

Estado

**RR**

CEP

**69 311-091**

Email

**marcond.sousa.638@gmail.com**

Telefone (DDD)  
**95) 991144021**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígitos se existir)

**00063 405 8**

(Informar dígitos se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígitos se existir)

(Informar dígitos se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**BOA VISTA 25 de JANEIRO de 2018**

Local e Data

**Marcond de Sousa m. Gomes**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG. CRUVIANA

DATA: 25/01/2018

HORA: 13:53:36

TERMINAL: 39061001

CONTROLE: 390610010159

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3027.013.00063405-8

NOME: MARCOS S MELO GOMES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

NÚMERO DO ENVELOPE:

3015641869

NÚMERO DE CONTROLE:

025235964

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELIÃO E REGISTRADOR  
AVENIDA VILLE ROY, N° 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR  
TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO SEMELHANTE a(s)assinatura(s)

(10pg5e0U)-SILVANA JOSE DA SILVA

LAAF. Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade. Boa Vista, 23/10/2017  
Emol: 2,35, FUNDEJURR: 0,24, FISCALIZAÇÃO: 0,12, FECON: 0,12, MENSAL: 12  
EDI SEVERINO DE SOUSA JUNIOR-TABELIÃO SUBSTITUTO  
TÉCNICO Substituto  
Cartório Loureiro

## PROCURAÇÃO ESPECÍFICA

Eu, YANA CRISTINA da Silva Borges, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, Portado(a) do RG nº 457 300-5, e inscrito(a) no CPF nº 035.607.212-61, residente e domicílio na Rua: JUIZ MAXIMINO TEIXEIRA nº 982, Bairro: S.H.C, tel. \_\_\_\_\_, nomeio e constituo como meu **PROCURADOR** o SRº Raimundo Nonato Silva, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 357035-5 SSP/RR, com emissão no dia 07/01/2014 e inscrito no CPF nº 475.628.463-91, residente na Rua 05, nº 121, Bairro: Cidade Satélite, município de Boa Vista-RR. Podendo representar-me junto ao **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA (HGR/SAME), PCS- POLICLINICA COSME E SILVA, HOSPITAL DA CRIANÇA (HOSPITAL SANTO ANTONIO), PARA SOLICITAR E RECEBER MEU PRONTUARIO MEDICO HOSPITALAR E GUIA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO (SAMU/RESGATE).**

**JUNTO A (DAT) DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, PARA SOLICITAR E PEGAR SEGUNDA VIA DE BOLETIM DE OCORRENCIA, XEROX DO LAUDO DO IML, RETIRAR A GUIA DE CORPO DE DELITO, PARA SOLITAR E RECEBER O ROP JUNTO A POLICIA MILITAR,** usando dos mais variados poderes em direito permitido e indispensáveis para o fiel cumprimento deste junto a estes ORGÃOS.

Boa Vista- RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Raimundo Nonato da Silva Borges

**OUTORGANTE**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180068173      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOND DE SOUSA MELO GOMES      **Data do acidente:** 13/04/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVICULA

**Descrição do exame** FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E DESVIO, GERANDO LIMITAÇÃO DE  
**médico pericial:** MOVIMENTOS E PREJUÍZO FUNCIONAL A TODO O MEMBRO SUPERIOR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA , NÃO FEZ FISIOTERAPIA. OBTEVE ALTA DEFINITIVA EM JULHO DE 2017 COM AS SEQUELAS ACIMA E SEM NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARIANE BALLESTER MELLEM KAIRALA

**CRM do médico:** 110984

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180068173

**Nome do(a) Examinado(a):** MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

**Endereço do(a) Examinado(a):** AVENIDA JAEI BARRADAS, 1374 - BOA VISTA/RR - CEP 69311-091

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 221031 - SSP-RR

**Data e Local do Acidente :** 13/04/2017 - RUA 16 COM RUA RUI BARUANA-BAIRRO UNIÃO-BOA VISTA- RR

**Data e Local do Exame :** 20/02/2018 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA COM DESVIO

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FEZ USO DE TIPOIA POR DOIS MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JULHO DE 2017

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Presença de alteração anatomica decorrente de consolidação viciosa + leve limitação dos movimentos de elevação e abdução do MSE

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MSE DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**VII. Segundo 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.**

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Membro Superior Esquerdo

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR