

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**

Carta nº 12367898



# 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: 000000063405-8

---

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:

É 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 a liberação de crédito de pagamento.

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

É 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 seja assinado pelo menor de idade (no 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 <b>MARCOND DE SOUSA MELLO GOMES</b>		CPF titular da conta <b>814.771.552-87</b>	Profissão <b>RECLUSO</b>
Endereço <b>AV. JACEL KARRADA</b>	Número <b>1374</b>	Complemento <b>1</b>	
Bairro <b>CAUAMÊ</b>	Cidade <b>BOA VISTA</b>	Estado <b>RR</b>	CEP <b>69 311-091</b>
Email <b>monato.silva.638@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>95 991144021</b>	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <b>3023</b> D.V. <input type="checkbox"/>		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
CONTA NRO. <b>00063 405</b> D.V. <b>8</b>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D.V. <input type="checkbox"/>	
(Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D.V. <input type="checkbox"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito 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: MARC O S MELO GOMES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

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, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR  
TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO SEMELHANTE a(s) assinatura(s)

[00pq5eU0]-SILVANA JOSE DA SILVA

LAAF. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 23/10/2017

Emot: 2,35; FUNDEJURR: 0,24; FISCALIZAÇÃO: 0,12; FECON: 0,12; TOTAL: 2,81

EDI SEVERINO DE SOUSA JUNIOR-TABELIÃO SUBSTITUTO

Cartório Loureiro

## PROCURAÇÃO ESPECÍFICA

Eu, YANA CRISTINA DA SILVA BORGES, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, Portado(a) do RG nº 457300-5, e inscrito(a) no CPF nº 035.607212-61, 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 SOLICITAR 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 \_\_\_\_\_

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

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. OBTVEU 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

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

## 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 - Órgão 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?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ 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 ( X ) 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.**





Dra. Regina Rebouças  
Médica  
CRM/RR 1032

---

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