
Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8813865

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944
Vitima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES
Data Acidente: 22/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÃaNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrÃancia

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9035191

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944 ASL-0128593/16
Vítima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES
Data Acidente: 22/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta n°: 9080512

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944 ASL-0128593/16
Vitima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES
Data Acidente: 22/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



Seguradora Lider - 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, Idalberto de Souza Lopes

PORTADOR(A) DO RG Nº 3041952 EXPEDIDO POR 55P/PB EM 23/07/02 E
 CPF 0646700754-03 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Não informado
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 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 FAMILIA, 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 invalido 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.

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 POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

DATA
03 MAR. 2016

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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0040 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00044943-1

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.

Caçazeiras PB, 12 de Janeiro de 2016 x Idalberto de Souza Lopes
 LOCAL E DATA

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.cajazeiras
DATA: 25/11/2015 HORA: 11:39:51
TERMINAL: 00401222 CONTROLE: 004012220226

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0040.013.00044943-1
NOME: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0290163498
NÚMERO DE CONTROLE: 329142645

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope 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





BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL N° 1242 /2016 -
aditamento

INCIDÊNCIA: SINISTRO DE TRANSITO

DATA DO FATO: 22.08.2015

horário: 07h00min.

DATA DE CONHECIMENTO DA DELEGACIA: 25.11.2015

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Policia
Mat. 155.719-0

COMUNICANTE:

NOME: IDALBERTO DE SOUSA LOPES, SOLTEIRO, VENDEDOR, NATURAL DE CAJAZEIRAS - PB, NASCIDO EM 22.01.1986, PORTADOR DE RG 3.641.952 SSP/PB E CPF 054.672.754-03, FILHO(A) DE FRANCISCO LOPES DOS SANTOS E MARIA DE SOUZA LOPES, NA RUA TENENTE BARBOSA, 06, PIO X - CAJAZEIRAS - PB.

VÍTIMA: O(A) PRÓPRIO(A) DECLARANTE.

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia 22 de agosto de 2015, por volta das 07h00min., aproximadamente, conduzia o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES, ano fab./mod. 2013/2013, VERMELHA, PLACA OFY 2719/PB, CHASSI9C2KD0550DR376768, RENAVAM 00568352610, MATRICULADA JUNTO AO DETRAN-PB EM NOME DE CARLOS ALBERTO DE SOUZA LOPES, e ao passar por umas das ruas do bairro onde reside, Pio X, neste cidade de Cajazeiras, foi surpreendido por um outro motociclista que em seu veículo veio a colidir no veículo do declarante; QUE caiu ao solo e em seguida foi socorrido pelo SAMU, ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, onde recebeu os atendimentos de praxe, tendo sofrido várias escoriações pelo corpo. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Segundo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Dizendo assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro. Nada mais a consignar.

Cajazeiras, 07 de MARÇO de 2016. Às 07h29 horas.

Idalberto de Souza Lopes

Declarante

Testemunha Arrogada

SABEMI SEGURADORA S/A

31 MAR 2016

RECEBIDO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas
Matrícula: 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Policia
Mat. 155.719-0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°1242/2015



Natureza da ocorrência- SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 22/08/2015 Horário: 07h00, aproximadamente
PRESENTES O DEL. POL. MIROSLAV SOARES DE ALENCAR

NOTIFICANTE: IDALBERTO DE SOUSA LOPES, brasileiro, solteiro, vendedor, natural de Cajazeiras-PB, nascido em 22.01.1986, filho de Francisco Lopes dos Santos e Maria de Souza Lopes, residente a Rua Tenente Barbosa, 06 - Pio X - Cajazeiras -PB, RG 3641952 SSP/PB, CPF 054.672.754-03.

VÍTIMA: PRÓPRIO DECLARANTE

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cometidas no Art. 298 do CPB, declarou o seguinte: QUE, na data de 22.08.2015, por volta das 07h00, aproximadamente, conduzia sua motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, ANO/MODELO 2013/2013, VERMELHA, PLACA OFY 2719/PB, CHASSI 9C2KD0550DR376768, RENAVAM 00568352610, e ao passar por uma das ruas do bairro onde reside, Conjunto Pio X, foi surpreendido por um outro motociclista que em seu veículo veio a colidir no veículo do declarante; QUE caiu ao solo e em seguida foi socorrido pelo SAMU, ao Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu os atendimentos de praxe, tendo várias escoriações pelo corpo. **QUE VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDAO.**

Cajazeiras - PB, 25 de novembro de 2015 às 08h30min.

Idalberto de Souza Lopes

Notificante

Testemunha Arrogante

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela Nascimento Dantas
Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLICIA
DIREITO
SABEM SEGUROADORA S/A
31 MAR 2016
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Invenção do IML



Eu, Idalberto de Souza Lopes, portador da carteira de identidade nº 3041952 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.672.354-03, residente e domiciliado na Rua Ten. Bambosa, 06 - Rio X, Cidade Cajazeiras, Estado Paraíba, 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
- (x) 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 automótor 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 Lider 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.

x Idalberto de Souza Lopes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Cajazeiras-PB, 12 de Janeiro de 2016.

Local e data



**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



**PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS**
O futuro tu faz agora.

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA / USB 01

DATA:	HORA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO:	IDADE:	SEXO:
22/08/15	08:25	04	IDALBERTO DE SOUSA LOPES	24	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA:			BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
TONGENS BAMBOSA			MUTEMÃO	DRA ALESSANDRA	
APOIO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO					

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SAL 500ML, DOP CRONA 03 AMP.

SABEMI SEGURUS

08 MAR. 2016

DADOS VITAIS

WVA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: >30ipm <30ipm/PULSO RADIAL: Presente Ausente/P.A.S. >90mm Hg <90mm Hg

P.A. *120 x 80* FC: *76* TEMP: *36* °C - GLICEMIA: *mg/dl* - E. Com a: *SpO2s/02: 98%* So2c/02: *98%*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Delírio
<input type="checkbox"/> Cardíaca Diminuída	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada
<input type="checkbox"/> Ingestão Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância à Alimentação	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Parâmetro Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perdação Tissular
<input type="checkbox"/> Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Renal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Termoregulação	
<input type="checkbox"/> Ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Relação Urinária	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada	<input type="checkbox"/> Percepção Social Prejudicada	<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Outros					

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

*VITIMA DE RACIDENTE DE MOTO, COM GOR, CONSEQUENTE
ORIENTADO, APRESENTA FERIMENTO EM MED COM POSSIVEL FRATURA
G NERVO, DOR EM REGIÃO TRAIXECA, ALGIVELADO FUGAZE 2000 E
RINOCAPS AD HOC —————
DATA 18/08/14*

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHIRO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCÓNSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> AUSENTE	RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MÍDRIASE <input checked="" type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

Assinatura do Mês

PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NAZO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFAÍNGENA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VERSICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS _____

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CABEÇA)

RECUSA

1-NOME: _____ RG.: _____

2-NOME: _____ RG.: _____

*Alessandro Souza Silva
Médico CRM 21412-PE
DRT 4744-00*

MÉDICO: _____ CRM: _____ CARIMBO / ASS.: _____



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Idalberto de Souza Lopes

RG nº 3041952, data de expedição 27/07/02, Órgão SSP/PB

CPF nº 064.672.754-03, 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:

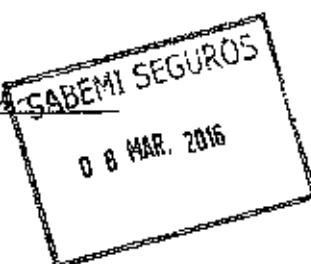
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ten. Barbosa</u>
Número	<u>06</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pio X</u>
Cidade	<u>Cajazeiras</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9613-1266 / 9415-5835 / 8662-7539</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cajazeiras - PB, 12 de Janeiro de 2016

Assinatura do Declarante:

Idalberto de Souza Lopes



IDEALBERTO DO SÓUSAL LOPEZ
RUA TEN. PARREIRA, 06 - FID X
CAÇAPÉIRAS / PR CEP: 93000000 (AG 212)

Classe/Subject: RESENHA/CRÍTICA/RESENHA/CRÍTICA/MONOGÁMICO
Páginas: 11 - 212 - 286 - 5376 - Hora/Função: Jun/2015
IP Revisor: 200.100.99.2009 - Emissor: 200.100.99.2015

Nota Fiscal/Controle de Estoque Clube. n.º 0012983-5
Código para Dispositivos Automotivos 00011117619

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** | Acesse: www.energisa.com.br

Spec 4074.0022 Ac 14 m32 53445 24130003

Conta referente a: CDC (Código do Consumidor): 5/1714781-0

Jun / 2015 **Caçar de contas**
TRABALHO INFANTIL: DÉMARCAR DE ESTUDAR E DE DOBROS
DIRECIONAL

Appresentanza

29/05/2015

Data prevista da
próxima leitura

27/07/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

0-167273423

Histórico de Consumo (kWh)

Max 15
Avg 5
Var 16
Sew 15

VENCIENTES

TOTAL A PAGAR

Medicinas alternativas

06/07/2015

BS 44 58

Indicadores de Qualidade - 5/2019 - Calendário

Límites da ANEEL	Aparelho	Límites de Tensão (V)
DC MÍN 0.20	1.00	
DC MÁX 12.50		HÓMICO
DC MÍN 25.00		
DC MÁX 30.00		DC MÁXIMO
DC IRMESTR 1.55	0.30	DC MÍNIMO
DC MÁX 14.00		INTENSIFICAÇÃO
DC MÍN 3.20		30
DC MÁX 12.50	0.00	INTENSIFICAÇÃO

Discriminação	Valor	%
Compreendendo	10,30	20,11
Compreendendo	7,50	15,26
Entendendo	6,67	13,33
Entendendo	5,30	10,60
Entendendo	10,50	21,00
Entendendo	3,00	6,00
Total	44,68	100,00

ATENÇÃO

A rectangular stamp with a double-line border. The word "SABEMI" is on the top line and "SEGURES" is on the bottom line, both in a bold, sans-serif font. Below this, the date "08 MAR. 2016" is stamped in a smaller, regular font.



Comparación de resultados



-בצ' 00-

CTC RECIFE PE JPA PL10
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900 - 000 CAJAZEIRAS PB

Data de Vencimento: 28/09/15 - Data de Pagamento: 11/09/15



Atendimento Claro - Ligue 1052.

Auto-Atendimento - Ligue 10528

Na Web - www.claro.com.br/minhasclaro

Visto questo file: www.dario.cambr

Número do seu Claro
83 99415 5835

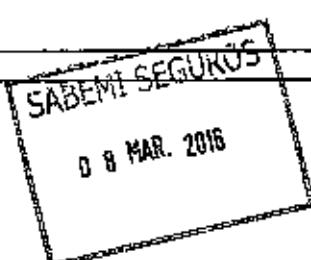
Período de Uso

Vencimento
28/09/2015

Total a Pagar
R\$ 31,90

Valor pagado na vistoria: R\$ 31,90

Veja aqui o que está sendo cobrado



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauricélio Macário da Silveira, portador(a) do RG nº 24.215.41, expedido por SSP/PR, em 1/1/14, CPF/CNPJ nº 035.831.484-44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Idalbento de Souza Lopes do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Idalbento de Souza Lopes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____



Mauricélio Macário da Silveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Alberto de Souza Lopes,
RG nº 2969891, data de expedição 26/12/2001
Órgão 550/PB, portador do CPF nº 062.877.044-89, com
domicílio na cidade de Cajazeiras, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Tenente Barbosa, nº 06,
complemento Pio X, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Idalberto de Souza Lopes, cujo o condutor era
Idalberto de Souza Lopes.

Veículo: HONDA / NXR 150 BROS ES

Modelo: 2013

Ano: 2013

Placa: OFY 271Q / PB

Chassi: 9C2K005500R376768

Data do Acidente: 22.08.2015

Local e Data: Cajazeiras - PB, 28 de setembro de 2015



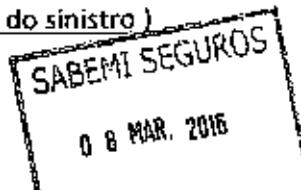
Carlos Alberto de Souza Lopes

Assinatura do Declarante



Idalberto de Souza Lopes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



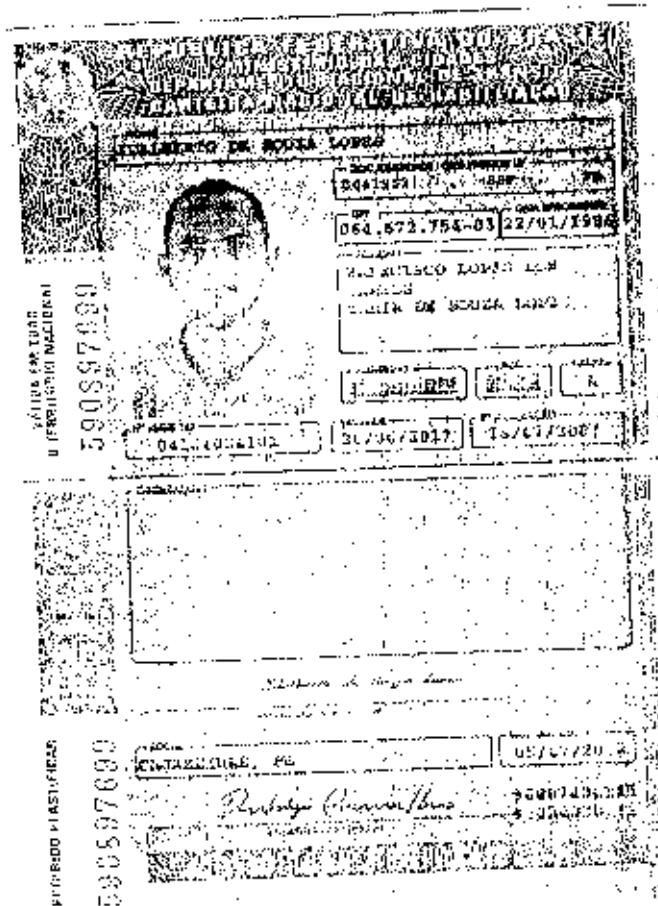
CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: IDLALBERTO DE SOUZA LOPES. Em test. 08/09/2015 da verdade. DOU PB.
CAJAZEIRAS - Paraíba, 28/09/2015.

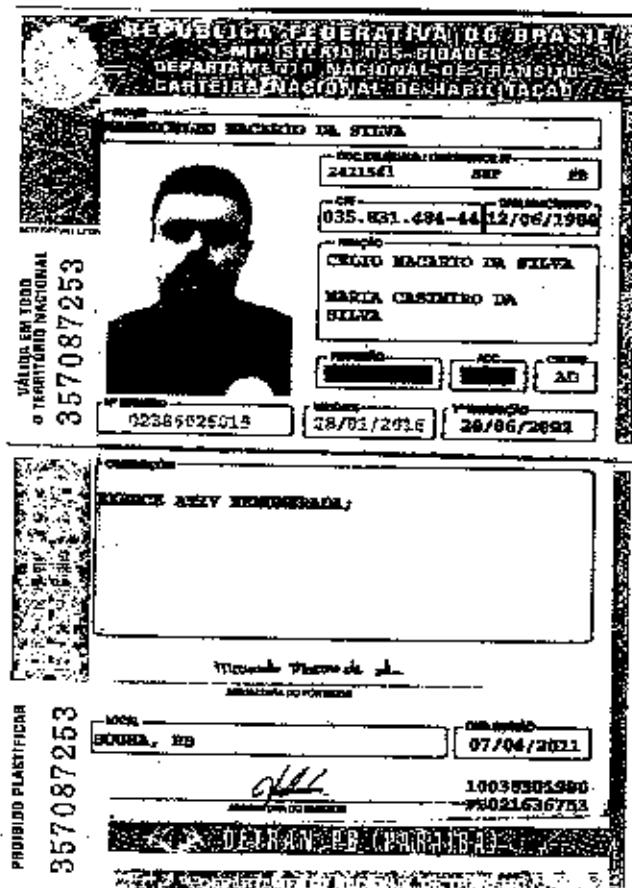
RENE MOÉSIA
Selo Digital da fiscalização tipo Normal BFACE41617-BPVB
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 7,75 FARPEI R\$ 0,23 FEPJ R\$ 0,23

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CARLOS ALBERTO DE SOUZA LOPES. Em test. 08/09/2015 da verdade. DOU PB.
CAJAZEIRAS - Paraíba, 28/09/2015.

RENE MOÉSIA
Selo Digital da fiscalização tipo Normal BFACE41617-BPVB
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 7,75 FARPEI R\$ 0,23 FEPJ R\$ 0,23







PROBLEMO PLASTICO

357087050

A standard linear barcode is positioned horizontally in the center of the page. It is used for tracking and identification purposes.

89-148-2016

TERMO DE SOLICITAÇÃO

Eu, Idalberto de Souza Lopes,
brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro, profissão: Jendedor,
CPF: 064.672.754-03 RG: 3041952, SSP/DB, residente na
Rua Ten. Barbosa,
nº: 06 bairro: Dois X, cidade: Cajazeiras, UF: DB.

Venho através de o presente documento solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de realizar gestões administrativas que possibilitem que minha perícia médica seja elaborada nesta cidade (CAJAZEIRAS-PB), haja vista o custo de deslocamento ser muito baixo.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.

A rectangular stamp with a double-line border. The word "SABEM! SEGUROS" is written in a bold, sans-serif font, with the exclamation mark being a question mark-like shape. Below it, the date "08 MAR. 2016" is stamped in a smaller, regular font.

* Idelberto de Souza Lopes.
SOLICITANDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160176944 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES **Data do acidente:** 22/08/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Tratamento 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.

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: PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

CRM do médico: 52-90632-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160176944 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES **Data do acidente:** 22/08/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIDA CORTO CONTUSA NO TORNOZELO DIREITO. (REFERE FERIDA NO TÓRAX SEM REGISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA LESÃO CICATRICIAL EM REGIÃO DE LINHA AXILAR ANTERIOR A DIREITA NA ALTURA DO MAMÍLO DE CERCA DE 2CM DIÂMETRO. CICATRIZ COMPATÍVEL COM HISTÓRIA E FICHA DE ATENDIMENTO EM REGIÃO INFRAMALEOLAR LATERAL DIREITA JÁ CICATRIZADA SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA. SEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA DO FERIMENTO SOB ANESTESIA LOCAL E IMOBILIZAÇÃO, REFERE QUE FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO E USO DE MEDICAÇÕES.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jamacir Ferreira Moreira

CRM do médico: 8344

UF do CRM do médico: PB

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

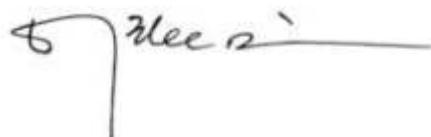
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

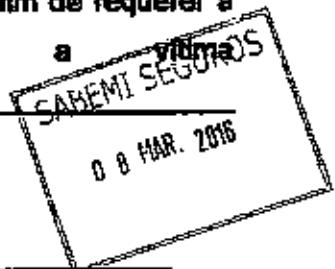
Nome: Idalberto de Souza Lopes
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 3041952
CPF: 064.677.754-03
Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Ten. Barbosa, 06, Pio X - Cajazeiras - PB

OUTORGADO:

Nome: Mauniclio Macario da Silveira
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44
Profissão: Autônomo
Endereço: R. Jose Rodovilho Alencar, 331, Casa Centro - Cajazeiras - PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a **VITIMAS**

Idalberto de Souza Lopes



Cajazeiras - PB, 12 de Janeiro de 2016.
Local e data



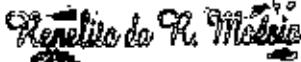
x Idalberto de Souza Lopes

Assinatura do Outorgante



 CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".
Reconheço (POR AUTENTICAÇÃO) a firma de: ADALBERTO DE
SOUZA LOPES. Em test.  na verdade. DOU FÉ.
CAJAZEIRAS - Paraíba, 12/01/2015 

RENE MOESSIA
Selo Digital de Fiscalização - Selo Normal B-ACR04781/3400
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tabelionato.br>
EMOLUM. R\$ 10,88 FARFEN R\$ 0,99 FEPJ R\$ 0,21


René Moessia
ESCREVENTE

CARTÓRIO DIMAS ANDRIOLA
1º OFÍCIO



René Moessia - TABELIÃO
Robelita da Rocha Alves Moessia
TABELIÁ SUCRETUÍTA
Renelita da Rocha Moessia - ESCREVENTE
CNPJ 10.336.209/0001-02

**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

Nome do(a) Examinado(a): **IDALBERTO DE SOUZA LOPES** Sinistro: **3160176944** Data: **22/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TENENTE BARBOSA, 06 - PIO X - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /PB] 3041952**

Data local do exame: **[07/05/2016] Cajazeiras** [**PB**]

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) **FERIDA CORTO CONTUSA NO TORNOZELO DIREITO. (REFERE FERIDA NO TÓRAX SEM REGISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS). AO EXAME APRESENTA LESÃO CICATRICIAL EM REGIÃO DE LINHA AXILAR ANTERIOR A DIREITA NA ALTURA DO MAMÍLO DE CERCA DE 2CM DIÂMETRO, CICATRIZ COMPATÍVEL COM HISTÓRIA E FICHA DE ATENDIMENTO EM REGIÃO INFRAMALEOLAR LATERAL DIREITA JÁ CICATRIZADA SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA. SEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS**

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? **[X] Sim** **[] Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V()), se necessário*

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? **[X] Sim** **[] Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V())*

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA DO FERIMENTO SOB ANESTESIA LOCAL E IMOBILIZAÇÃO, REFERE QUE FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO E USO DE MEDICAÇÕES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? **[] Sim** **[X] 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.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

"Sem sequela permanente" *(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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 valoração do dano corporal.

