

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180377718**

Vitima: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**

Data do Acidente: **22/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180377718**.

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** 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 13244578



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180377718**
Vitima: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Data do Acidente: **22/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180377718**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180377718**
Vitima: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Data do Acidente: **22/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180377718**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180377718**
Vitima: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**
Data do Acidente: **22/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180377718**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180377718

Vítima: RODRIGO GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RODRIGO GOMES DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180377718

Vítima: RODRIGO GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO GOMES DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: **RODRIGO GOMES DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001111**

Conta: **0000059351-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07206.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07206.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 02:18 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Rodrigo Gomes de Souza**, conhecido(a) por 'Rodriguinho', CPF nº 109.468.944-00, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria do Carmo Rocha e Paulo Gomes de Souza, natural de Vicência/PE, nascido(a) em 13/10/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 1 Travessa Coronel Lira, Nº 98, complemento CASA, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Perto da Entrada do Bairro, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Casa, Via Pública, Bayeux/PB, bairro Imaculada; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/06/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Local: Br 230, Br 230, Perto da Polícia Rodoviária, Bayeux/PB, bairro Imaculada; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/06/18 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 160 START, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2010/2010, placa OFY-3732, chassi 9C2KC2500JR113168, renavam 0114564658-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013813999720

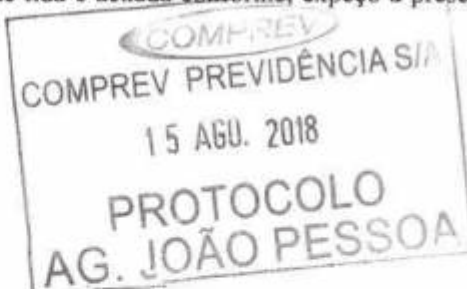
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICÁVEL E QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE COM MOTORISTA DESCONHECIDO E ELE FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI, ONDE PASSOU AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO VALDEBAN CARVALHO JR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, ~~expeço a presente Certidão.~~ A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Set. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

RODRIGO GOMES DE SOUZA
Noticiante



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para depósito pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 009.954.416



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.895.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.215.823-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
PAULO GOMES DE SOUZA RUA CEL LIRA 95 BAYEUX			5/1148993-7	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2018	24/07/2018	121	11/08/2018	R\$ 105,06

Acesse: www.energisa.com.br



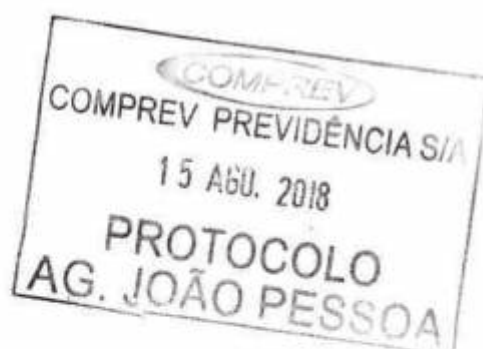
DESTAQUE AQUI

PAULO GOMES DE SOUZA

Roteiro: 13-008-660-2640

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/07/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/08/2018	R\$ 105,06	1148993-2018-07-2





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

Orto
23a
Moz

PRONTUÁRIO

Nº: 2018 06 3003

SISRECO
INTERVALO
22/06/18
PAC

NOME DO PACIENTE:

Rodrigo Gomes de Souza

ENFERMARIA:

09

LEITO:

133

Rodrigo Gomes de Souza
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2018
AG PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Rodrigo Gomes de Souza Data da Admissão: 22/6/18
 Prontuário: _____ Idade: 23a Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Dores e edema em mãos (E)

HDA: Relatou trauma de acidente de carro
e moto, com edema e dores em
mão (E)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex de mae E*

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de 2, 3 e 4 MTC E*

Conduta: *Internamente p Trauma ortop*

Dr. Valdeon Corvalho
M.R. em Ortopedia
CRM-PB - 1092

22 JUN 2018

+ Thales Seabra

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

W em D D F. sob Alcegar
Assimétrico e Anterior
Morse de Campos

Incisão:



Achados:

Encontrados 2, 3, 4 MTC E

Conduta:

Redução Anomalia + Fixação
permanente.
Redução do tamanho do escroto

Fechamento:

União + Sola em goma

OBS:

Data:

30.6.18

Dr. Valdean Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 7692

30 JUN. 2018

Dr. Valdean Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB 7692

30 JUN. 2018

MEDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME RO		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 23/07/65	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia
DATA DE ADMISSÃO 22/06/2018		DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA 11 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL fractura de rádio e ulna distal - lacarpiano ESQ			CID S62.3
DIAGNÓSTICO DE ALTA			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			

PRINCIPAIS EXAMES RX - demonstrando boa continuidade óssea de rádio distal	
TERAPÊUTICA	
ANATOMIA	
INFECÇÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORIA () NÃO	() CURADO ()
ÓBITO	

RESUMO	
Paciente submetido(a) a tratamento cirúrgico com	
redução e fixação com placas e parafusos	
relação com o sistema de drenagem	
tratamento	

DIETA: Normal	ALTA
REPOUSO	diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
CUIDADO	
sentir dor	
MEDICAMENTOS	

RETORNO	
Este documento é válido para o paciente em 21 dias para revisão. (dr. Temístocles)	
Dr. Valdeban Carvalho Jr. M.R. em Ortopedia CRM/PB - 7692	Dr. Valdeban Carvalho Jr. M.R. em Ortopedia CRM/PB - 7692
ASS. MÉDICO / C.R.M.	
COMPL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, ETC.	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AÇO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

01 JUL. 2018

01 JUL. 2018

RODRIGO BONES DE SAIZA

NOVIEMBRE 2018

23 NOV 2018

PROTOCOLO

12 PESYNA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.929.502 -2 VIA DATA DE
EMISSÃO 19/12/2013

NOME RODRIGO GOMES DE SOUZA

FILIAÇÃO PAULO GOMES DE SOUZA
MARIA DO CARMO ROCHA

NATURALIDADE VICENCIA-PE DATA DE NASCIMENTO 13/10/1994

DOC. ORDEM
NASC. N. 28583 FLS. 260 LIV. N. 25
CARTÓRIO VICENCIA-PE.
CPF 109.468.944-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 2006/3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA LÍQUIDA P-917
LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

RODRIGO GOMES DE SOUZA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298653/18

Número do Sinistro: 3180377718

Vítima: RODRIGO GOMES DE SOUZA

CPF: 109.468.944-00

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 22/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO GOMES DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

RODRIGO GOMES DE SOUZA : 109.468.944-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: RODRIGO GOMES DE SOUZA
CPF: 109.468.944-00

RODRIGO GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377718 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza