
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



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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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 Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Rodrigo Gomes de Souza**, conhecido(a) por Rodriguinho^o, 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 Vicencia/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):

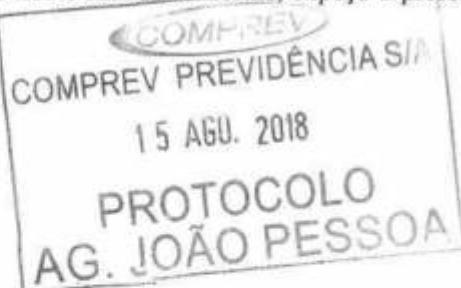
(1) **Moto**, modelo CG 160 START, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2010/2010, placa OFY-3732, chassi 9C2KC2500JR113168, renavam 0114564658-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013813999720

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 POLICIA 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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Setor de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.359-0



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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

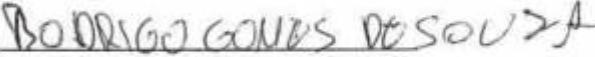


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigacao

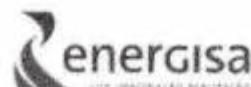
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


RODRIGO GOMES DE SOUZA

Noticiante

COMPEV
COMPEV PREVIDÊNCIAS
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica N° 009.954.416

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 08.295.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.315.823-6

DADOS DO CLIENTE

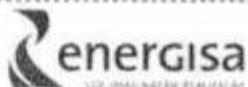
PAULO GOMES DE SOUZA
RUA CEL LIRA 98
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1148993-7

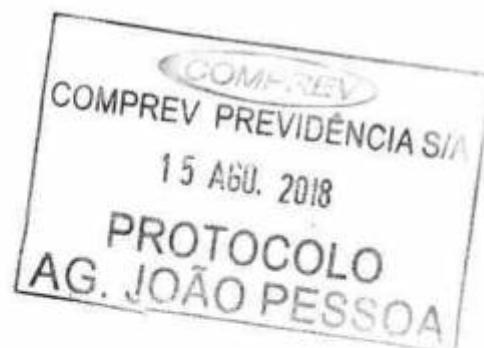
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2018	24/07/2018	121	11/08/2018	R\$ 105,06

Acesse: www.energisa.com.br



PAULO GOMES DE SOUZA
Roteiro: 13-006-660-2640
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 BURITY

*Outo
23a
May.*

PRONTUÁRIO

Nº: 2018 06 3003

SISREC
INTERNAÇÃO
22 JUN 18
PROT. *Flex*

NOME DO PACIENTE:

Lodrigo Gomes de Souza

ENFERMARIA: 09 **HN:** 133 **LEITO:** 133

Pago Abangas
COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
15 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Rodrigo Gonçalves Gonçalves 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 andar (G)
HDA: Sai na moto b. acidente de carro
& moto. com edema e dores em
mão (G)
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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: []HTF
[]JHAS []JDM []TB. []HEP []Dislipidemia []Banco 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: *Rx de mão E*Hipóteses Diagnósticas: *Fratura d 2,3 e 4 MTC (O)*Conduta: *Internamento p Fractura gástrica*

Dr. Valerson Lanzolotto
M.R. em Ortopedia
CRM/PE: 1092
22 JUN. 2018
+ Thale Seabra



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rodrigo Góes Souza</i>				Registro:	
Idade: 23	Sexo: M	Cor: P	Clinica: OSB	EMP:	LR:
Data: 30/07/18	Cirurgião: Dr. Enriquely	1º Assistente: <i>Valdeci</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fistula 23xMTC(E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

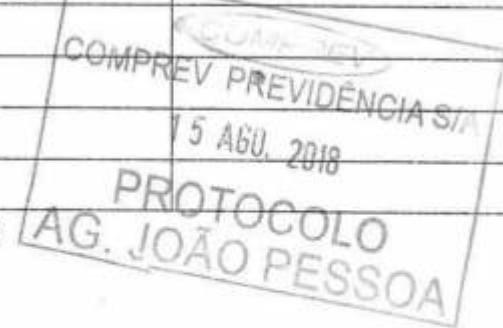
CID

Onco

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Rodrigão removida
fistulação fechada*



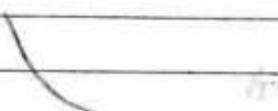
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição P.D.F. sob麻痺
Assento firme
Thorax de comprido

Incisão:



Achados:

Fratura de 2, 3 e 4 MTC E

Conduta:

Relevo de fragmentos + fixação
presente.

Fractura guardada por escroto

Fechamento:

Anastomose + Falso em goma

OBS:

Data: 30/6/18

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

30 JUN. 2018

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

30 JUN. 2018

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

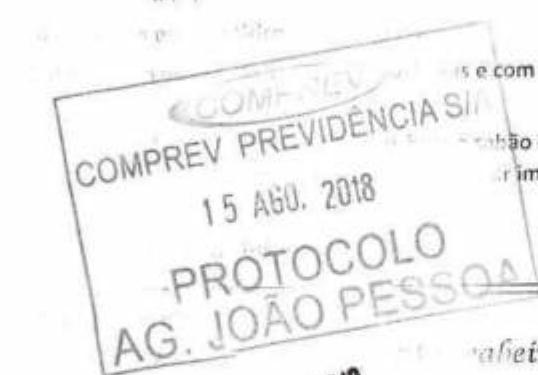
NOME	R.		PRONTUÁRIO N°					
IDADE	23	SEXO	MASC	COR	CLÍNICA	Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO			22/06/2018	DATA DE ALTA			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			Fratura de radio e ulna acarpiano ESQ			CID		
DIAGNÓSTICO ADITIVO						S62.3		
OUTROS DADOS								

PRINCIPAIS EXAMES:	Radiografia demonstrando quebra com continuidade óssea de rádio distal				
TERAPÉUTICA:					
ANATOMIA:					
INFECÇÃO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	COLETA DE MATERIAL (<input type="checkbox"/>) SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO		
RESULTADO BACT.					
CONDICÕES FÍSICAS:	(<input checked="" type="checkbox"/>) MELHORADA	(<input type="checkbox"/>) ESTABILIZADA	(<input type="checkbox"/>) Agravada	(<input checked="" type="checkbox"/>) CURADO	(<input type="checkbox"/>)
ÓBITO					

RESUMO:	Paciente submetido(a) a tratamento cirúrgico com ótimo resultado. Boas condições clínicas e orientações com retorno deste serviço para continuidade de tratamento.		
---------	--	--	--

DIRETA:	S ALTA		
REPOUSO:	diário		
CUIDADOS:	Evitar exercícios intensos e com esforço maior em 90 dias. Não banhar a ferida duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se houver infecção, retornar imediatamente este Complexo Hospitalar.		

MEDICAMENTOS:			
RETORNO:	Mangabeira em 21 dias para revisão.(dr. Temístocles)		



Dr. Valdeben Corrêlo Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB - 7892

Dr. Valdeben Corrêlo Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PB - 7892

ASS. MÉDICO / C.R.M

ONLINE, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Este é o

Roberto comes de Souza



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/06/2018

Titular do CPF: RODRIGO GOMES DE SOUZA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RODRIGO GOMES DE SOUZA

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: