

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: 30/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000008692-4

Nr. da Autenticação C41FA1E3129E4919

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150544219

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA

Data do acidente: 07/03/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CABECA DO UMEROS A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO MODERADA NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + TIPOIA
ALTAM'EDICA DEFINITIVA

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITACAO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

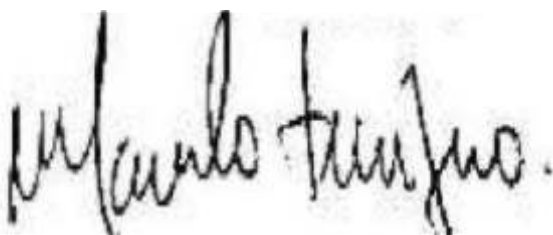
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150544219 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TUTOIA DO MARANHÃO nº 141 - LOTEAMENTO ISAURA PARENTE - RIO BRANCO/AC**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 424234 - SSP**
Data local do exame: **25/07/2015 RIO BRANCO/AC**

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)

FRATURA DA CABECA DO UMERO A ESQUERDA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + TIPOIA ALTA MÉDICA DEFINITIVA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

LIMITAÇÃO MODERADA NA ABDUÇÃO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO ESQUERDO

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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

OMBRO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 25/07/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

2008010334-S.427



MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2199376
CNS:

DATA: 07/03/2015 HORA: 21:33 USUÁRIO: CLEONICE
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

CAUSA EXTERNA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA DOC...: NT
IDADE.....: 32 ANOS NASC: 23/07/1982 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: PORTAL DA AMAZONIA NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: CALAFATE
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: JOSE BORGES DA SILVA /DINALVA DE SOUZA COELHO
RESPONSAVEL...: TRAZIDA PELO SAMU TEL....: 99519400
PROCEDENCIA...: CALAFATE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMEULANCIA: SIM

PA[100 X 66 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[92] SPO2[94]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *lesão física. Dr. Lúcio* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *17/03/15*
lesão física de acidente automobilístico, vindo pelo SAMU - prancha rígida e collar cervical.
Ex. físico: MVQ, PA: 100/66, FC: 92, T: 36,5, SPO2: 94.
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL
lesões físicas: lesão cervical, lesão de cabeça, lesão de tórax, lesão de abdômen, lesão de membros superiores e inferiores.
ESCALA DA DOR: [] SEM DOR [] LEVE [] MODERADA [] INTENSA

DIAGNOSTICO: *Lesão física inferior a morte.* CID:
Lesão física superior a morte. PRESCRIÇÃO | HORARIO DA MEDICACAO

Diagnóstico: 31.17.10 (IV) 4/4h
SVKopedio
Observação da trauma
Lesão física BNF
Luciano Pereira Residente Cirurgia Geral CRM-AC 1755
24/006 (M. D. D. D. D.)

DATA DA SAIDA:
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIR [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

HORA DA SAIDA: :
DESISTENCIA
SEGURADORA
22 JUN 2015
SINISTRO DPVAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

8/3/15 8:35 am *telefonei o Especialista BOM, quem liberou disto para a*
pele e para que não mais tarde H1 providenciar (via telegrama).
Pcte LOTE, delonide, com ferimentos + curativos no tórax superior. C/ Imagem
Dr. LOTE

21:30 H de entrada neste setor. Trauma (H. 1) conduzido -
pelo nome prancha rígida + calor cervical, intenção de queda -
moto (cachondo) no momento expulsa, respansiva, orientada c/ -
exercícios NMS e lóbio inferior. PA = 100 x 66 mmHg, FC 92 bpm, SpO2 96% -
realizado com ventilação mecânica no MSO. medicação cpm. Tal co -
pêdo + endo -

OTM Pedro

10:11 FMT. Cabeça univ (E) 2/ Trauma Fechad

CO: - tipia Americana

- Dorsal m

- Euz FUND 9 Rente

- alta de OTUP

- Ao CINAÇÃO

José L. S. S. C.
Médico Ortopedista
CRM 4831-AC

At 23:00h, após a avaliação pela ortopedia e
B.E. encaminhada ao serviço de ortop-
dia, ao sair o, e após a des do Trauma
p/ da continuidade do Tratamento, a/s
relatório CORON/AC 85030

4:00h - paciente em ambiente, supineiro 20E comunic-
tiva e da mesma supn do no MS E olhos espontâneos
PA 120 x 80 mmHg - Tec Emfeno Armado com 412473 AC

UCCA ALPACIO - Apresenta escarvas rug. univ.

Ap. Cl. e Rx L. se ossario ALTernos

H.2. Contusio P. C. A.

ALTA 300

Dr. Quirino de O. Barbosa
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
CRO 105-AC

CÓPIA
Conferência Original
FEB 2015

MBM
SEGURADORA

22 JUN 2015

SINISTRO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME: M^a Susiane Coelho da Silva IDADE 32 REGISTRO _____ ENFERMARIA 035/Flaviana LEITO 035

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08/03/15				<p>Prog: 10 Cliente adm. no obs do tubo na. Viti que de acidente de transito refere separou bone + Vestimenta, Chauson em placa com a mãe de perfuracao aguarda avaliação do BME. Se mas</p> <p>Vitale D. Silveira Tec. de Enfermagem COREN-AC 384.336</p>
			10 ^h	<p>Recebeu elle hospital e melhora de 02. 5, Atenção. low indice cões. em cu do familiar. Lode</p> <p>Pro. Enfa. Elizabeth R. 2013 AC</p>

[Handwritten notes:]

order
the go
...
...
...
...
...
...





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

P 7

Maria Susiene Coelho da Silva

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

424234

MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA

JOSE BORGES DA SILVA

RESIDÊNCIA DE SANTA COELHO

CHUILEIRO DO SUL-AC

13/07/1971

CERT. NASC. 42000 FL. 268 LIV. A43 CERT.

CHUILEIRO DO SUL

LEIN 7 116 00 000001



NACIONALIDADE		NACIONAL	
REGISTRO	424284	DATA	25/07/1982
NTAS	MARIA SUSIENE CORREIA DA SILVA		
PAIS	BRASIL		
LOCAL	JOSE BORGES DA SILVA		
LOCAL	DINALVA DE SOUZA CORREIA		
LOCALIDADE	CRUZEIRO DO SUL AC	DATA DE NASCIMENTO	25/07/1982
DOCTRINA	CERT. NASC. 424284 FLS. 205 LIV. 445 CRT		
CPF	00000000000		



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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 do banco.

EU, Maria Gusiene Coelho da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 424234 EXPEDIDO POR GGP-AC EM 13/8/01 E
 CPF 791924302-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO da lar
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Gusiene Coelho da Silva, 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 FAMÍLIA, 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 inválido 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 POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 08692-4

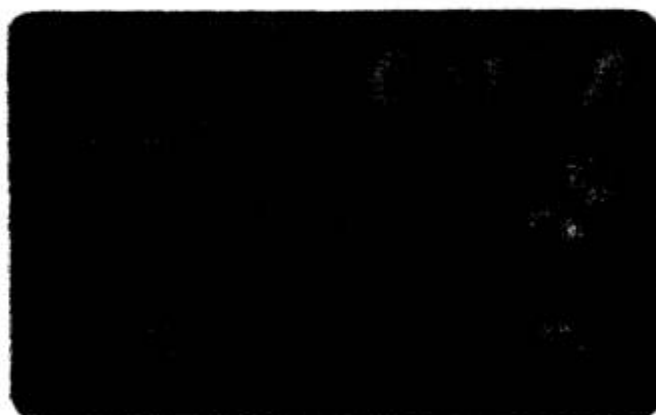
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco 25 de 03 de 2013 Maria Gusiene Coelho da Silva
 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.



MBM
SEGURADORA
22 JUN 2015
SINISTRO DPVAT