

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS BANDEIRA LOPES

Nº Sinistro: 3180303604

Vitima: ISAIAS BANDEIRA LOPES

Data do Acidente: 12/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180303604**.

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 13055178



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Carta nº: 13111562

A/C: ISAIAS BANDEIRA LOPES

Nº Sinistro: 3180303604
Vítima: ISAIAS BANDEIRA LOPES
Data do Acidente: 12/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ISAIAS BANDEIRA LOPES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001262-9

Conta: 000010026149-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

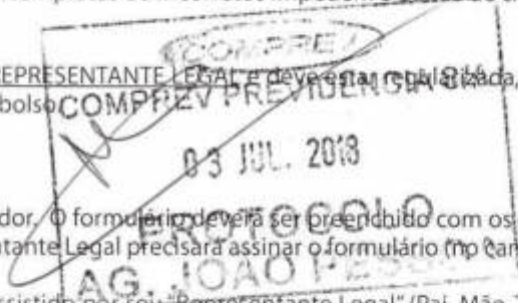
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 387.807.984-20	Nome completo da vítima João Bandeira Lopes
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Bandeira Lopes	CPF titular da conta 387.807.984-20	Profissão Agricultor
Endereço Assent Apoca	Número 511	Complemento
Bairro Area Rural	Cidade Atimbu	Estado PB
Email volme.pvuaf@gmail.com	CEP 58324000	Telefone (DDD) (83) 99100.5607

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1262 D/V 9 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 26.599 D/V 1 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Bandeira Lopes 19 de Junho de 2018
Local e Data

João Bandeira Lopes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01162.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01162.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:35 horas do dia 18 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Isaias Bandeira Lopes**, CPF nº 387.807.984-20, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Rosa Bandeira Lopes e José Vicente Lopes, natural de Itapissuma/PE, nascido(a) em 26/05/1957 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Milagres, Nº 308, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99383-1597.

Dados do(s) Fatos:


Local: Pb 09/para Pb 08, Contorno Para Camuci, Pitimbu/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/10/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

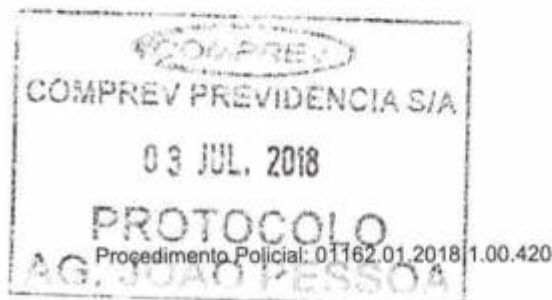
QUE, segundo o notificante, no dia 12/10/2017, por volta das 13:00 horas, quando guiava o seu veículo VW/Saveiro 1.6.CS de cor:branca, ano e modelo:2011, placa: PEN 5693/PE, chassi nº 9BWKB05U2BP177101, registrado em nome de VALMA MARIA DE ASSIS LOPES, CPF nº 290.789.464-15; QUE o notificante vinha na PB 09 e que ao entrar na PB 08, foi colidido por outro veículo, não sabendo especificar marca e modelo, nem o condutor do mesmo; que devido ao impacto veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0229/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 02.02.2018, de o Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 18 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ISAIAS BANDEIRA LOPES
Notificante



POLICLINICA MUNICIPAL DE PITIMBU

HORA: _____ HGT: _____ SpO2: _____ PESO: _____
 CONTATO: _____ TEMP.: _____ PA: _____



Prefeitura Municipal de Pitimbu
 Secretaria Municipal de Saúde
 Policlínica Municipal Dalvína Soares
 Ficha de Atendimento Ambulatorial

- ☒ Eletivo.
- ☒ Urgência.
- ☐ Acidente de Trânsito.
- ☐ Acidente local de trabalho ou a serviço da empresa.
- ☐ Acidente no trajeto para o trabalho.
- ☐ Outros tipos de Lesões e envenenamento por agente químico ou físico.

SUS _____ Idade: 60
 Nome: Jonias Dacosta Soares
 Nome da Mãe: _____

Endereço: Rua: Ann Atanazio UF: _____
 Bairro: Pitimbu
 Data de Nascimento: 26/05/1957 Data do Atendimento: 32/10/2017

Materials medicamentos e outros recursos:
ESQUEMO
TRAUMATISMO ANTERIOR
DE NOVO
REV. MAN

Assinatura do Profissional e carimbo:

Dr. Geraldo V. dos S. Filho
 CRM 4089/PB
 CNS 121736811430004

Procedimento - Descrição
NO TRAUMATISMO ANTERIOR
ESQUEMO
DE NOVO
REV. MAN

Diagnóstico

Medicação: _____ Encaminhamento:

- ☒ Prescrita
- ☐ Aplicada
- ☐ Observação
- ☐ Internação
- ☐ Residência
- ☐ Outro Hospital

Serviços realizados Código / Procedimento

1 -> 03.2.11.9.01.15
 2 -> _____
 3 -> _____

Assinatura do Paciente / Acompanhante

Jonias Dacosta Soares

M 28
 ok

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 03 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS BANDEIRA LOPES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01262-9

CONTA: 000010026149-3

Nr. da Autenticação 9941920FBD804FE9

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

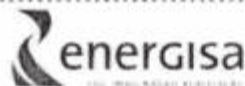
Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta no energia elétrica. Nº 007.203.472



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.815.825-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
WELLINGTON DE ASSIS LOPES ASSENT APASA S/N PITIMBU			5/792363-4		
Area Rural Cid: 58324-000					
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
MAI/2018	28/05/2018	57	05/06/2018	R\$ 48,26	

Acesse: www.energisa.com.br



WELLINGTON DE ASSIS LOPES
Roteiro: 16-019-280-2820
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/06/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
05/06/2018	R\$ 48,26	792363-2018-05-3



(83) 99855-5088

(83) 99800-5607

CERTIDÃO

Nº. 0229/2018

Atendendo solicitação de **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE** e de acordo com atas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 68727 e prontuário de Nº 217.10.1820 pertencente a **ISAIAS BANDEIRA LOPES** que foi atendido dia 12/10/2017 às 15H56min, vítima de colisão carro x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

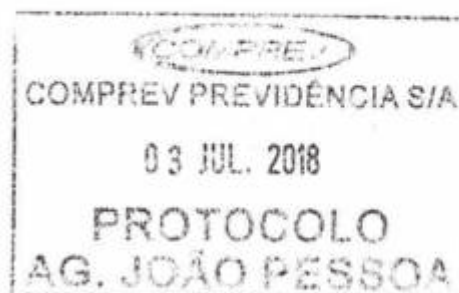
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidencio fratura de radio distal esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/11/2017 e alta medica dia 12/11/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL, JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 68727 Atd: Nao Regul
Data: 12/10/2017
Hora: 15:56:04
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ISAIAS BANDEIRA LOPES

Num. Prontuario: 2017.10.001820

CNS: 707608636145915 Sexo: M IDENTIDADE: 2188933 Fone: 0

Natural: ITAPISSUMA/PE Data Nasc.: 26/05/1957 Id: 60 ano(s)

End.: ASSENTAMENTO APAZA, 00SEM TELEFONE

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PITIMBU UF: PB

Mae: ROSA BANDEIRA LOPES

Pai: JOSE VICENTE LOPES

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA VALMA MARIA DE ASSIS LOPES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: HOSPITAL DE PITIMBU

Transp. utilizado: VEIO NO CARRO DA PREFEITURA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X CARRO EM PITIMBU

Vitima de violencia por: PROX DA ENTRADA DE CAMUCI HJ AS 13/ HS CODUTOR DO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

eixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, COM TRAUMA EM ANTEBRACO
ESQUERDA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico *Fim de depressão de conduta*

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

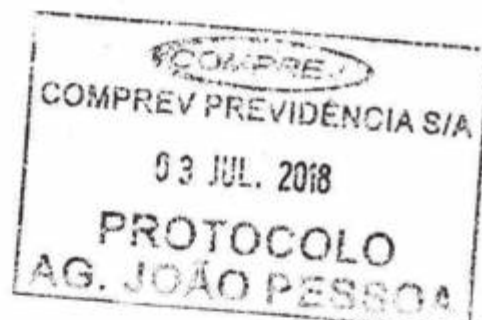
Psicólogo 19/30 - Realiza acolhimento ao paciente João
Bandeira, 60 anos, vítima de trauma em membro superior.
Está em acompanhamento. No momento, consciente, orienta-
do, com discurso verbal organizado, à espera de material
cirúrgico.

Levis Pereira da Costa Júnior
Psicólogo
CRP: 13.626/3

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

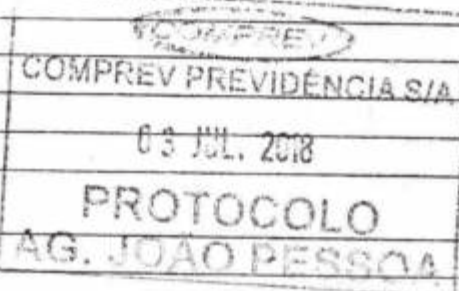
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lucas Bandeira Data da Admissão: 12/10/14
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/
 QPD: Doença em curso há longo
 HDA: Parte com dor + febre + insuportável
foram a partir após consulta de emergência

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 parte [] Rigidez pós-reposso [] 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

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

D' idemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

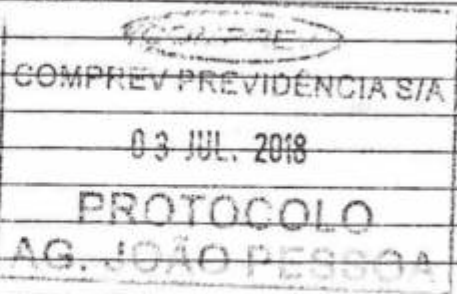
AR: _____

ABD: _____

AC: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *R =*Hipóteses Diagnósticas: *Inf. de origem de pulm.*Conduta: *Trat. pt. 140 crônico*

Dr. Tenisocles A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 24338 TEOT 15747

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

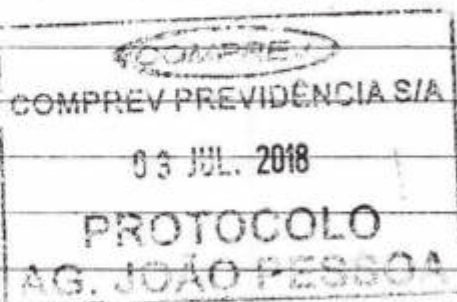
Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:



Data:

9.11.17

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB 1550

MÉDICO/CRM

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Isaias Bandeira Lopes é portador do CID : S 52.5 apresentando dor crônica, acompanhado de edema e limitação em punho esquerdo proveniente de acidente automobilístico . A lesão teve como seqüela uma limitação de 75 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

20-08-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-005



Laia Bandeira Lopes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

GRUPPO MEXIA DO BRASIL

PROTÓTIPO

22.11.2013

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03.10.2013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROT. REGISTRO
AG. GOIÂNIA GERAL

2.188.933

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

01/04/2014

NOME

ISAIAS BANDEIRA LOPES

FILIAÇÃO

JOSÉ VICENTE LOPES
ROSA BANDEIRA LOPES

NATURALIDADE

ITAPISSUMA-PE

DATA DE NASCIMENTO

26/05/1957

DOC ORIGEM

CASAM N.295 FLS.141 LIV.10
CARTORIO GOIANA-PE

CPF

387.807.984-20

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180303604 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS BANDEIRA LOPES **Data do acidente:** 12/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUIU COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO ESQUERDO: 50% DE 25%

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237383/18

Número do Sinistro: 3180303604

Vítima: ISAIAS BANDEIRA LOPES

CPF: 387.807.984-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 12/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISAIAS BANDEIRA LOPES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 14/09/2018
Nome: ISAIAS BANDEIRA LOPES
CPF: 387.807.984-20

ISAIAS BANDEIRA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA