

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2015

Carta n°: 6819078

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro: 3150348906
Vitima: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Data Acidente: 21/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/04/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Laudo do IML - Lesões corporais
- Outros

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 MBM 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, 12 de Junho de 2015

Carta nº: 7144279

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro: 3150348906
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Data Acidente: 21/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 01 de Julho de 2015

Carta n°: 7295740

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro: 3150348906
Vitima: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Data Acidente: 21/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 0000097377-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

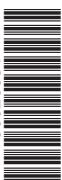
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 25/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 00000097377-6

Nr. da Autenticação A1CF89151A7AC804



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



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, William Marinho BezerraPORTADOR(A) DO RG Nº 5769823EXPEDIDO POR SDSEM 27/05/10 ECPF 05048896483 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 NUNCA, 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) 1580 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00097377-6

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

Rec/1, 11 de ABRIL de 2015

LOCAL E DATA

William Marinho Bezerra

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.

A LÍDER SEGURADORA

Nesta ,

Eu , WILLIAM MARINHO BEZERRA ,
RG Nr 5769823 , CPF Nr 050488864-83 ,
venho através desta comunica que a conta
boub , do Banco ,CEF informada
nesse sinistro , não tem limite de movimento.

Atenciosamente ,

WILLIAM MARINHO BEZERRA

 235



206

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Outros



Eu, WILLIAM MARINHO BEZERRA, portador da carteira de identidade nº 5769823 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.488.964-83, residente e domiciliado na Rua Capores Bl 9 - QD 6 Apt. 102, Pandeira, Cidade Jaboatão, Estado PE, 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
- 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;

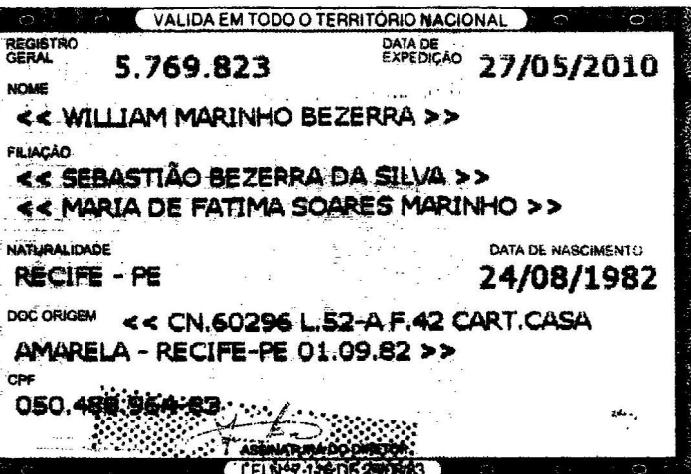
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 11/5/15

Local e data



TO NE
CONTATO

(81) 96389441
8144-7740
8203.0469
8569.2556

20/08/2010

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Willian Ferreira Bezerra Registro nº 40066
Idade: _____ Sexo: _____ Data da Admissão: 21/02/15 Data da Alta: 24/02/15

Diagnósticos Definidos: Fratura subfracturante

Conduta / Procedimentos Realizados: Ortopedista com PPA

Prescrição para o Domicílio: Acetaminofen + Pradaxa + analgésico

Informações Complementares: Retorno ambulatorial após 6 semanas
andar com apoio
caminhar diariamente

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM Data da Consulta: _____ NÃO

Assinatura do Médico e Carimbo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Walliam Manoel Bazine foi atendido (a) neste

serviço no dia: 21/02/15 CID: _____

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola). (quinze)

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: _____

Colo 29 de fevereiro de 2015.


Rodrigo Jay Dias
Médico
CRF-PE 11731

Médico

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 07/09/2015

Nº PRONTUÁRIO: 40066

NOME DO PACIENTE: William Moreira Bezerra

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

direto

fratura fêmur proximal

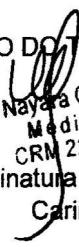
CID:

572.8

OBS.:

Nº DIAS: _____ ()

AFASTAMENTO DO TRABALHO


Dr. Nayara G. Souza
Médica
CRM 22464
Assinatura do Médico
Carimbo


2015

CAIXA**FAC**99122858892011-DR/BSB/SPM
CAIXA Correios

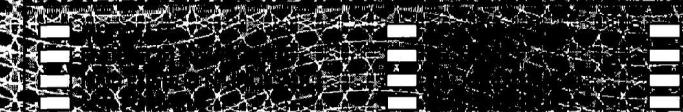
0392 - CTC RECIFE PE PL5

DATA DE POSTAGEM: 10/03/2015

WILLIAM M BEZERRA
R CARCERES BL 9 QD 6 AP 102 CANDEIAS
54430-170 JABOATAO DOS G PE



721130702145555000013660830100315



SAC CAIXA
(informações, reclamações, sugestões e elogios)
0800 726 0101

0800 726 2492 **Ouvidoria CAIXA
0800 725 7474****www.caixa.gov.br**



**INFORME DE RENDIMENTOS FINANCEIROS
ANO-CALENDÁRIO DE 2014
IMPOSTO DE RENDA - PESSOA FÍSICA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DA FONTE PAGADORA

Nome Empresarial CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	Nº do CNPJ 00.360.305/0001-04
---	--

2 - PESSOA FÍSICA BENEFICIÁRIA DOS RENDIMENTOS

CPF 050.488.964-83	Nome Completo WILLIAM M BEZERRA
-------------------------------------	--

3 - RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS NA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - VALORES EM REAIS

Especificação	Rendimentos Resgatados	Imposto Retido na Fonte
FAPI - FUNDO DE APOSENTADORIA PROGRAMADA INDIVIDUAL		

4 - RENDIMENTOS ISENTOS - VALORES EM REAIS

Especificação	Saldo em 31/12/2013	Saldo em 31/12/2014	Rendimentos
1.1 Poupança	4.705,69	2.085,34	241,04
1.2 Poup. Habitacional	0,00	0,00	0,00
1.3 Letra de Crédito Imobiliário	0,00	0,00	0,00
2.0 FMP - Rend. Equiv. FGTS	0,00	0,00	0,00
Total dos Rendimentos ISENTOS de Tributação			241,04

5 - RENDIMENTOS SUJEITOS À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA - VALORES EM REAIS

Especificação	Saldo em 31/12/2013	Saldo em 31/12/2014	Rendimentos Líquidos
01 Fundos de Investimento			
Fundo de Investimento - 6800*	0,00	0,00	0,00
FI Ações - Fundo de Ações - 6813*	0,00	0,00	0,00
Total Fundos de Investimento	0,00	0,00	0,00
* - Código de Retenção do IRRF			
02 Aplicações de Renda Fixa			
CDB/RDB	0,00	0,00	0,00
CAIXA Reaplicação Automática	0,00	0,00	0,00
Títulos Tesouro Direto	0,00	0,00	0,00
Total de Renda Fixa	0,00	0,00	0,00
03 Operações de SWAP			0,00
Total dos Rendimentos Líquidos de Aplicações Financeiras, sujeitos à Tributação Exclusiva			0,00

6 - CONTAS CORRENTES - VALORES EM REAIS

Especificação	Saldo em 31/12/2013	Saldo em 31/12/2014
1.1 Conta Livre Movimentação	0,00	0,00
1.2 Conta Investimento	0,00	0,00
Total Contas Correntes	0,00	0,00

7 - CRÉDITOS EM TRÂNSITO

Especificação	Valores em 31/12/2013	Valores em 31/12/2014
01 Fundos e Clubes de Investimento	0,00	0,00
02 Demais		

8 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contas Vinculadas ao CPF 013.00097377.6
--

Agência 1580.6	Data de Emissão 21/02/2015
---------------------------------	---

Disque Caixa:

0800 - 726 0101

<http://www.caixa.gov.br>

Ouvidoria CAIXA:

0800 725 7474

(reclamações, sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com deficiência auditiva)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Comprovação de ato declaratório

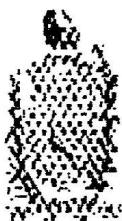


Certidão nº 2015APH000562 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA, 59 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1595815 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.784.204-25, residente à RUA JÓAO FRAGOSO DE MEDEIROS, nº S N, QD 06 BL 12 APT 02, CANDEIAS, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/02/2015, por volta das 20:40 hs, no endereço: AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO, S/N, CANDEIAS JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) WILLIAM MARINHO BEZERRA, inscrito sob o CPF nº 050.488.964-83 e Registro Geral nº 39380, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710185-6 GUEDES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HÉLDER. Registrado(a) com o prontuário nº 400620. Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO, registro NÃO INFORMADO. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/03/2015

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2015APH000562*



07/04/2015 13:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ª CIRC DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0112001962

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/04/2015** às **15:19**

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 21/2/2015 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 1, PROXIMO DO BOMPREÇO DE CANDEIAS - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEÍCULO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEÍCULO DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO Pai: SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5769823/SDS/PE (RG), 05048896483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:

-96389441

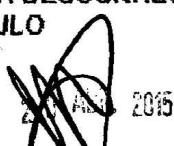
Endereço Residencial: RUA JOAO FRAGOSO DE MEDEIROS, 1, QUADRA 6, BLOC12, AP.02 CANDEIAS, COJUNTO RESIDENCIAL JARDIM PIEDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEÍCULO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO DESCONHECIDO DE PLACA NÃO ANOTADA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEÍCULO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEÍCULO DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)


2015

Descrição: VEÍCULO DESCONHECIDO DE PLACA NÃO ANOTADA EMPODER DA CONDUTORA DESCONHECIDA QUE DIRIGIA O MESMO NO MOMENTO DO ACIDENTE.

Complemento / Observação

COMPARCEU A VITIMA NESTA DELEGACIA ONDE REGISTRA QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO NA DATA JA CITADA NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA ;RELATA A VITIMA QUE APÓS TER PASSADO CAMINHANDO PELO BOMPREÇO DE CANDEIAS QUANDO FOI ATRAVESSAR A AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO SURGIU UM CARRO DE CORE MARCA E PLACA

DESCONHECIDA QUE O ATROPELOU. QUE O VEICULO SEGUNDO A VITIMA ERA DIRIGIDO POR UMA MULHER QUE PAROU E FEZ CONTATO VIA TELEFONE SOLICITANDO O COMPARECIMENTO DE BOMBEIROS MILITARES SOCORRISTAS NO LOCAL PARA PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA. QUE ESTEVE UMA EQUIPE DE BOMBEIROS NO LOCAL E REMOVERAM A VITIMA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO. ONDE FOI CIRURGIADO. QUE PASSOU CERCA DE QUATRO DIAS NAQUELE HOSPITAL E HOJE VEM REGISTRAR O OCORRIDO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JUAREZ FELIZ DA SILVA - MAT. 140433-4

William Marinho Bezerra

[Signature]

20/04/2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150348906 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em MID

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150348906 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do fêmur direito

Descrição do exame médico pericial: Ao exame dor e limitação dos movimentos do quadril direito. Marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de material de fixação

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PE

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

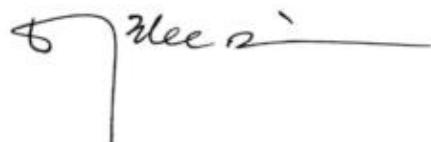
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **WILLIAM MARINHO BEZERRA** Sinistro: **3150348906** Data: **21/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cárceres, QUADRA D 6, APTO 102 - Candeias - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54430-170**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5769823**

Data local do exame: [**22/06/2015**] **Recife** [**PE**]

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 proximal do fêmur direito . Ao exame dor e limitação dos movimentos do quadril direito. Marcha claudicante.**

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.

Tratamento cirúrgico com colocação de material de fixação

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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 - assinalar 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.



Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE