

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11684569

A/C: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170504325 ASL-0352788/17
Vitima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11708036

A/C: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

Sinistro: 3170504325 ASL-0352788/17
Vítima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11795103

A/C: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

Sinistro: 3170504325 ASL-0352788/17
Vítima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000027588-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

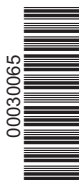
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



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: **3170504325 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DOS INDUSTRIÁRIOS n° 406 - INDÚSTRIAS - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 85364259 - SSP**
Data local do exame: **29/09/2017 JOAO PESSOA/PB**

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 DE CLAVÍCULA DIREITA

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.

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM IMOBILIZAÇÃO EM "8" E FISIOTERAPIA E QUE EVOLUIU COM DEFORMIDADE ÓSSEA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

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.

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

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 DIREITO

☐ 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"

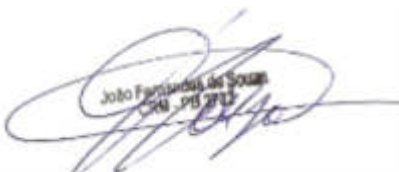
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 29/09/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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.

Nome: Luiz Fabio Carvalho Ferreira
 RUIZ FABIO CARVALHO FERREIRA
 PLANTADOR(A) DO RG Nº 85364259 EXPEDIDO POR SSP-BA EM 17/05/2013
 Nº 633281435-72 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO neurocirurgião
 RENDA MENSAL DE R\$ recusou-se PARA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luiz Fabio Carvalho Ferreira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

* A Circular Susop nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter 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 relogratinação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL do salário ou benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0027588-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

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.

João Roberto de Julho de 2017 Luiz Fabio Carvalho Ferreira
 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 13.945/2009) 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 0800-0721204.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17014115B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

ANDRE DE VASCONCELOS SENA/1372090

DATA/HORA:

07/02/2017 08:40

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

SANTA RITA/PB

Boletim de ocorrência



BR:

230

KM:

39.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Sol

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Declive

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Não

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:

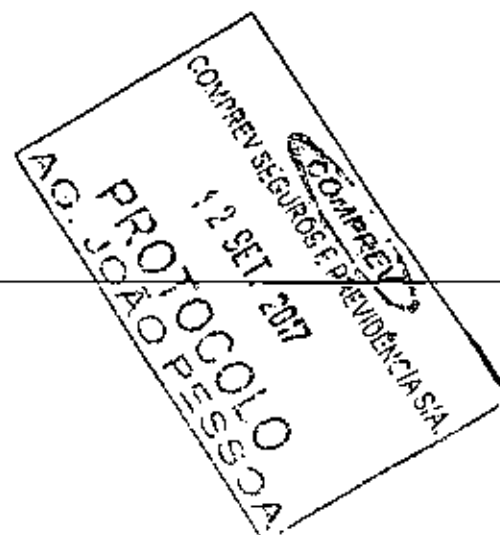


INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/02/2017 22:10

NÚMERO DE CONTROLE: AE5F43E56019E66291F2DB34C9633A



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17014115B01

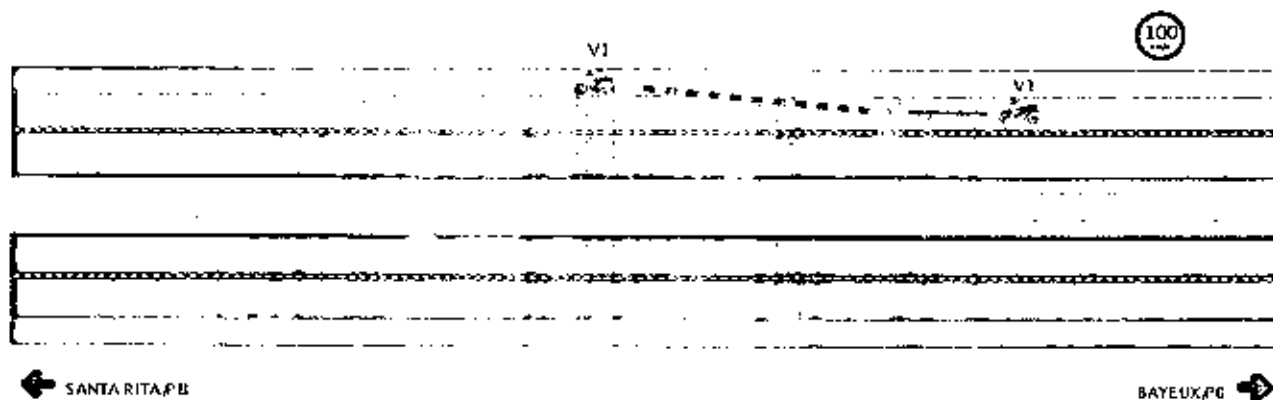
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Tombamento	

Croqui



Narrativa

No dia 07/02/2017, às 08h40min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 230, km 39, no município de Santa Rita/PB. A equipe chegou ao local às 09h00min encontrando duas motolâncias do Corpo de Bombeiros aguardando a chegada da equipe. As vítimas já tinham sido socorridas por uma viatura Resgate do Corpo de Bombeiros. Restava apenas a motocicleta no acostamento. O local estava totalmente desfeito. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. As condições ambientais eram boas, céu claro, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente. O acidente, um tombamento de motocicleta que envolveu a motocicleta Honda POP 100 de placa OEX-4370/PB, doravante denominado V1. O acidente ocorreu quando V1 seguia o fluxo normal da via, deslocando-se da cidade de Bayeux/PB para Santa Rita/PB e teve seu pneu traseiro esvaziado e ocasionado o tombamento do V1 e consequente queda de seus ocupantes.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17014115B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OEX4370	MARCA/MODELO: HONDA/POP100	ANO FABRICAÇÃO: 2011
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2HB0210CR410512	RENAVAM: 00376830409	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: ÉLYSAMA GLAUCIA DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 071.333.634-02
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R DOS DIAMANTES SN AP101 BL P	NÚMERO:
COMPLEMENTO: AP101 BL P	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE: 	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Ausência de responsável	TIPO DE RECEPTOR: Outro
------------------------------------	----------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Motocicleta removida para pátio da empresa contratada

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/02/2017 22:10

NÚMERO DE CONTROLE: AE5F43E56019E66291F2DB34C9633A



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17014115B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OEX4370 / HONDA/POP100		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA	CPF: 633.281.435-72	DATA DE NASCIMENTO: 11/10/1971
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA DO CARMO CARVALHO FERREIRA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA DOS DIAMANTES	NÚMERO: SN
COMPLEMENTO: BL P APTO 101	BAIRRO: INDUSTRIAS
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	E-MAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03131640022	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 15/12/2003	VALIDADE DA CNH: 13/05/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/02/2017 22:10

NÚMERO DE CONTROLE: AE5F43E56019E66291F2DB34C9633A



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17014115B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

IMAGEM DE DECLARAÇÃO:



Sem Imagem

AValiação DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OEX4370 / HONDA/POP100

NÚMERO DO BAT:

17014115B01

NOME/MATRICULA DO AGENTE:

ANDRE DE VASCONCELOS SENA/1372090

DATA/HORA:

07/02/2017 08:40

Item	Nome da Peça	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/02/2017 22:10

NÚMERO DE CONTROLE: AE5F43E56019E66291F2DB34C9633A



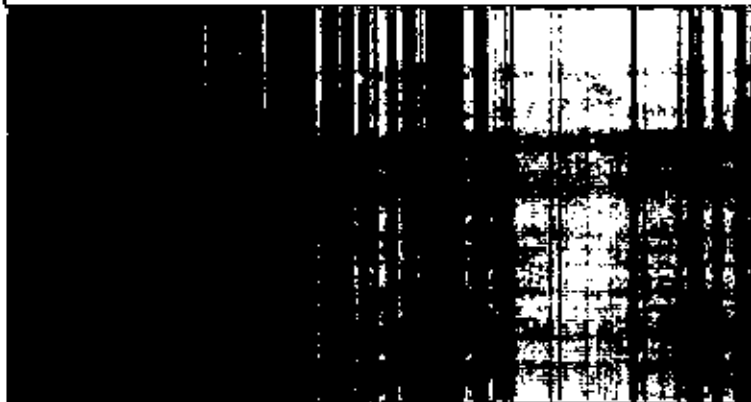
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



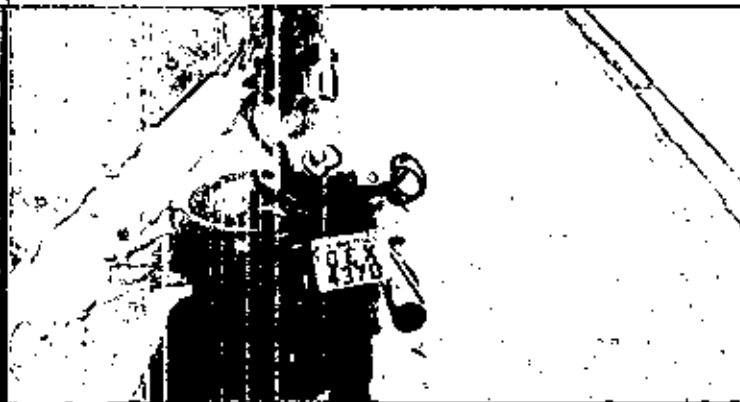
PROTOCOLO:
17014115B01

STATUS:
Encerrado

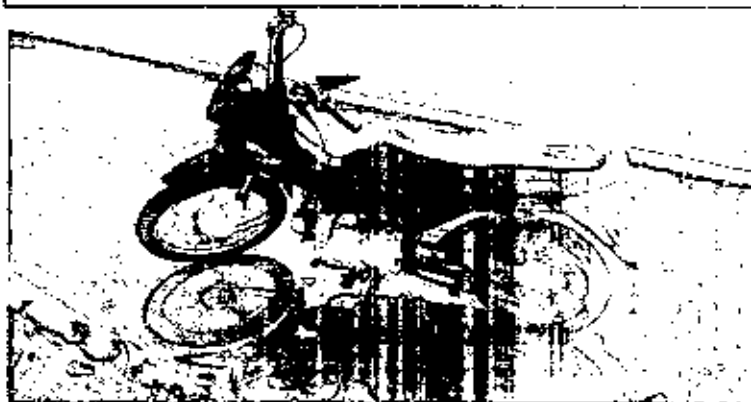
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 06/02/2017 22:10

NÚMERO DE CONTROLE: AE5F43E56019E66291F2DB34C9633A

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Luiz Fabio Carvalho Ferreira, portador da carteira de identidade nº 85364259 e inscrito no CPF sob o nº 633.281.435-72 residente e domiciliado na rua: Industriários, 406 Indústrias, Cidade João Pessoa Estado Paraíba, 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
- (X) 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.

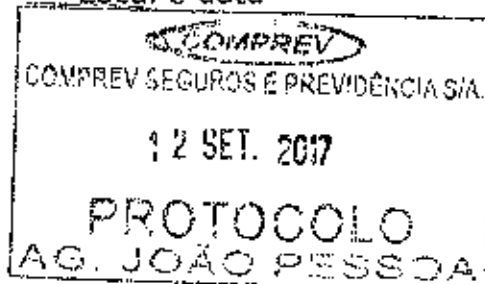
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luiz Fabio Carvalho Ferreira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 11 Julho 2017

Local e data





VISTO EM: 28/03/17

Comandante de BAPH

TEN CEL 521.200-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR 3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 22 de Março de 2017.

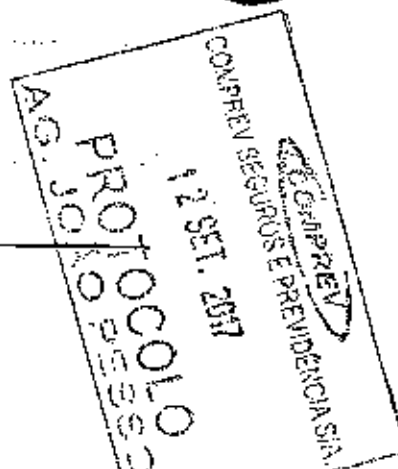
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 100/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/02/2017, conforme requerimento nº 100/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 08h47min o/a Sr.(a) **LUIS FÁBIO CARVALHO FERREIRA** CPF 633.881.435-72, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) ocorrido na BR-106, Barriga Cheia, Santa Rita/PB. Que a qualificação da vítima de prefixo AR-34, sendo como chefe o **CABO BM Denis Lima de Souza**, Matrícula 521.611-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se deambulando, consciente e orientada, apresentando suspeita de fratura de clavícula direita. A vítima era condutora da motocicleta e não usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida vítima foi transportada na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabeth Gurjão Leônico Pinheiro** - SD BM, Mat. 522.932-4 (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Enade Bruna Freitas Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-8144 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphb@bombeiros.pb.gov.br

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: 05/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000027588-3

Nr. da Autenticação 15F472232ACC188B



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Muiz Fabio Carnevalho Ferreira,

RG nº 85364259, data de expedição 17/05/2013,

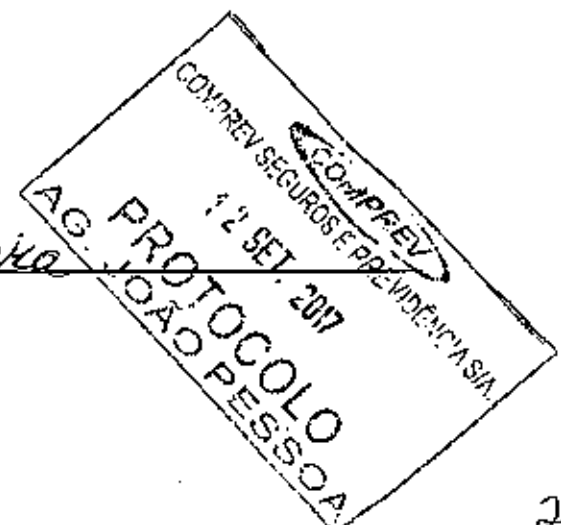
Órgão SSP-BA, CPF nº 633.281.435-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexô, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Industriarias</u>
Número	<u>406</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Industrias</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58083-040</u>
Telefone de contato	<u>83-9342-1170 / 3512-8500 / 99105-5863</u>
E-mail	<u>alexeandracesar.duarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / 10, 11 / 07 / 2017

Muiz Fabio Carnevalho Ferreira
Assinatura do Declarante



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Agência 1 Código Beneficiário 050 04 92836 9		Autenticação Médica	
		033-7	03399.49281 36981.722907.16055 601021 2 00000000000000
Agência Receptora Pagável preferencialmente no banco Santander		Vencimento 30/08/2017	Número do Cartão 4108 XXXX XXXX 8078
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011		Agência/Cód. Beneficiário 050 04 92836 9	Nosso Número 8172290160554
Data Documento 17/08/2017		Espécie PT-Ct	Vencimento 30/08/2017
Número do Documento 7097660057662680		Data Process 17/08/2017	Nosso Número 8172290160556
Uso Banco CENI RAL		Valor do documento	Total desta Fatura R\$ 539,2
Espécie R\$		Quantidade	Pagamento Mínimo R\$ 80,8
OBSERVAÇÃO: VALOR A SER PAGADO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> É CANCELADO A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO			

PREENCHE O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO>
 RATIUNAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMOS E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO
 E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA RATIUNA MENSAL, APÓS 19/09/2017, PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER.

VISA

RECIBO DO CLIENTE

പ്രതിരോധശേഷി നഷ്ടപ്പെടുന്നു

GTC RECIFE PE PL12

LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA
INDUSTRIARIOS 408
DAS INDUSTRIAS
58083-040 JOAO PESSOA PB

7208288526250181070008010330210817

Proposed on:

Author: Jayaram M. Swaminathan

Ficha de Compensação[illegible]

seso-¹soq sep-²oc

Nº DO CARTÃO 4108 XXXX XXXX 4078 VISA

SANTANDER FREE

LEADERS

26

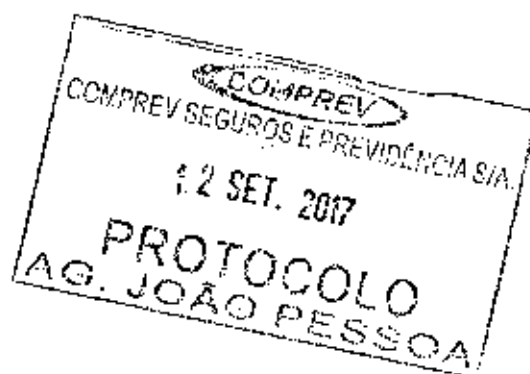
Comprovante de residência



CTC RECIFE PE PL12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB



7213512620 28591 00004069370 30 200317





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pai
Fabio Carvalho Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima Pai Fabio Carvalho Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elysona Gláucia de Oliveira Sobral,RG nº 3282472, data de expedição 04/11/2004Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 07133363402, comdomicílio na cidade de João Pessoa, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)das Indústrias, Bairro das Indústrias, nº 406,

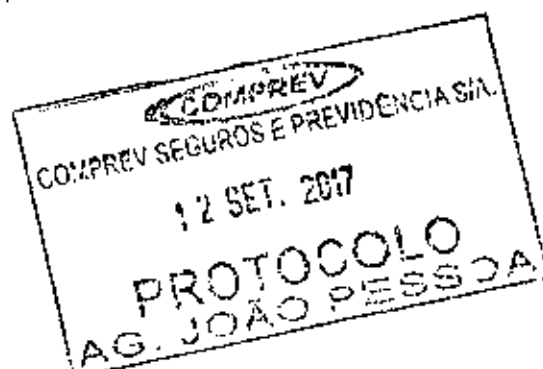
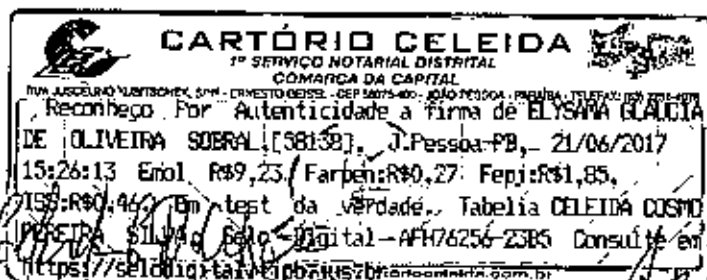
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luiz Fabio Carvalho Ferreira, cujo o condutor eraLuiz Fabio Carvalho Ferreira.Veículo: motôModelo: pop 300Ano: 2011Placa: OEX 4370Chassi: 9C2H B021 OCR 41 0512Data do Acidente: 01/02/2017Local e Data: João Pessoa, 21.06.17

Elysona Gláucia de Oliveira Sobral
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima/reclamante do sinistro)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUIS FÁBIO CARVALHO FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	11/10/71
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO CARVALHO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	979.294
DATA DO ATENDIMENTO	07/02/17
HORA DO ATENDIMENTO	09:41
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Apresenta trauma superficial de face. Presença de fratura no 1/3 médio da clavícula direita.

Imobilização em 8.

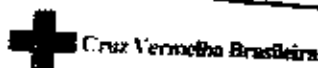
ALTA HOSPITALAR:	07/02/17
DATA DA EMISSÃO:	20/05/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO E V

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 SET. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

GERAL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 978294

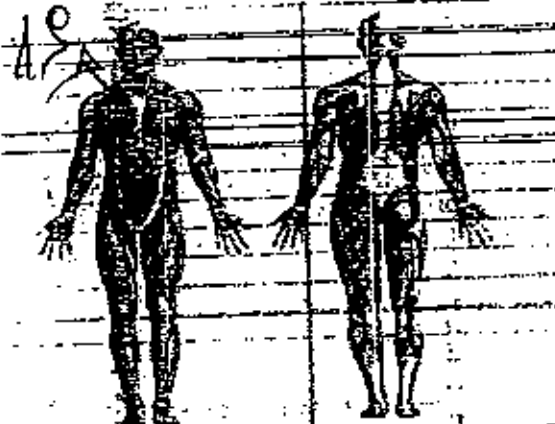


Identificação do paciente					
ID 1137450	Nome LUIS FABIÓ CARVALHO FERREIRA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/10/1971	Idade 45 anos 3 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DO CARMO CARVALHO FERREIRA	Pai JOSE BASILIO FERREIRA			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83			DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Fone Móvel 988423959	Número documento 03131640022	Nº Cns		
Local de procedência	Tipo CBOR			UF	
E-mail	Naturalidade CAMPINA GRANDE				
Endereço					
CEP 58083040	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS INDUSTRIÁRIOS		
Número 408	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS			
Admissão					
Data e Hora 07/02/2017 09:41:02	Número da pulseira 5953799	Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RODOVIA			
Indicadores e Transporte		Destino do acidente QUEDA / OUTROS			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Modo de transporte	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Dados clínicos			Ultrassonografia []		
 12 SET. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Diagnóstico					CD
Atendido por MAYARA ANA LACERDA					Tempo 388 seg

Imprimir

12/03

33

AME SECUNDÁRIO	
ERGIA:	() Não () Sim
EDICAMENTOS:	() Não () Sim
UNIZAÇÃO:	() Não () Sim
TOLOGIA:	() Não () Sim
IMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim
ICAL DA LESÃO	Identifique o local com número correspondente ao lado
	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Eripitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Injuriamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Peripla 31 Parestia 32 Perestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36
OBS:	
QUEIMADURA	
Superfície corporal lesada (regla da palma%)	% Graus de queimadura
☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau	
EXAMES COMPLEMENTARES	
☐ Radiografias ☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Tomografia computadorizada	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	
Solicito o parecer do _____ do dia ____ de ____ de ____ Solicito o parecer do _____ do dia ____ de ____ de ____	
DESTINO DO PACIENTE	
DATA DA SAÍDA	☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (separ) ☐ Alta Hospitalar
HORAS:	☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ SVO
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



5883783 BE.: 979234
LUIZ FÁBIO CARVALHO FERREIRA
DT. NASC.: 11/10/1971
PSE: NOME DO CARIÓTIPO FERREIRA
END.: DOS INDUSTRIAIS 0101
N. 406 - 2º ANDAR
JARDIM PERSON
CIDADE: ()
CEP: ()
CELULAR: (63) 98842350
IDADE: 45
DT. EXTERNO:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA
07/02/17	As 11:51h	# Cirurgia Geral # Paciente vítima de queda de moto. Segue com dor em região clavicular e de ombro D. Ao exame: BCG, lúcido e orientado, eupneico, normoventilado. AR: MVQ em ANT, SIRA. ABD: Flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Rx tórax: Presença de fratura em clav- icula D desalinhada. cd: Alta da cirurgia geral. Segue aos cuidados da ortopedia.
14:50	# Ortopedia	Exame Agudo: Presença de fratura de tórax e clavícula. Fratura da tórax metálica da clavícula. (D) (D) Metálica em 'B' + Rx de Clavícula + Rx da Ombra (D).

Patrícia M. M. Neto
MÉDICA
CRM-PE 9486

Gláucia M. Novais Miranda
CRM-PE 9220



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

10000000000000000000
SILSON SANTOS DA SILVA BE: 979288
DT. NASC.: 28/11/1988
NR: ANGELA MARIA DOS SANTOS

END.: MARCELO NICOLINI
R. 28 - RONDONIA
JARDIM PESSOA
FONE: (61) 3000000
CELULAR: (61) 99871861
IDADE: 28
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

21/02/17 15:01

BMP

Paciente vítima de acidente motorciclístico.
Negou uso de capacete. Negou dor de Base.
Negou desmaio ou vômito. Afirmou epis-
taxe. Momento normocrônico, deam-
bulando, verbalizando. Clinicamente apre-
senta edema em região malar (E), feri-
mento em região malar (E), hemorragia
subconjuntival (E). Abertura bucal e mo-
vimentos mandibulares normais. Aliviada-
de visual preservada. Imagem de fratura de osso.

1. Alívio da BME
2. Orientação
3. Alta da BME

Dr. Talvane Sobr.
Cirurgia BUCO-MAXILO-F.
CRD-28-2262

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



REGISTRO: 878294
LUIZ CARLOS CARVALHO FERREIRA
OT. NRE: 11/18/1971
PNE: PNEIA DO CORPO CARVALHO FERREIRA
END: R. DOS INDUSTRIALISTAS
N. 408 - 2º AND. OSTRAS
JOÃO PESSOA
FONE: (3)
CELULAR: (31) 88641958
IDRDE: 48
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA
07/02/17	11:51h	# Cirurgia Geral # Paciente vítima de queda de moto. Segue com dor em região clavicular e de ombro D. Ao exame: BCB, lúcido e orientado, eupneico, neuroexaminado. AR: H+ em AWT, S/RA. ABD: flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Rx tórax: ausência de patina em clavi- cula D desalinhada. cd: Alta da cirurgia geral. Segue aos cuidados da ortopedia.
14:50		# Ortopedia # Paciente Agente Agente R+ de Tórax e clavícula fratura da Tergo média da clavícula (D) Contusão + R+ da Ombra (D). Medicação B + R+ de

Patricia Maria Pereira
MEDICINA
CRM PE 9486

Glaucia M. Novais Miranda
CRM PE 9220

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504325 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM IMOBILIZAÇÃO EM {QUOTES}8{QUOTES} E FISIOTERAPIA E QUE EVOLUIU COM DEFORMIDADE ÓSSEA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2017

Conduta mantida:

Observações: OB S- MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352788/17
Vítima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA
CPF: 633.281.435-72

Data do Acidente: 07/02/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA : 633.281.435-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.864-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504325 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS FABIO CARVALHO FERREIRA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: