
Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11358067

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393209 ASL-0269902/17

Vitima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Data Acidente: 28/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11373921

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3170393209 ASL-0269902/17
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2016
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.seguradoralider.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, 10 de Agosto de 2017

Carta n°: 11460943

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3170393209 ASL-0269902/17
Vitima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2016
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: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000004395-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA



Confirmação de recebimento da 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, LUCIANO FERNANDES DA SILVA

POR TORDO DO RG Nº 2.004.245 EXPEDIDO POR SSP. PB EM 30/03/15 E

CPF 022.618.834-55 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista,

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCIANO FERNANDES 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 giro 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.receitafazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da carteira de identidade para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

IMPORTANTES: 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 _____ 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) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 04395-0

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.

José Pinto _____ de _____ de _____
LOCAL E DATA

Luciano Fernandes da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 300, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos SETE dias do mês de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSEIS , nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14^a Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 10h:54min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LUCIANO FERNANDES DA SILVA, conhecido por LUCIANO, Identidade nº 2.004.245-SSPPB, CPF nº 022.618.834-55, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: maçariqueiro, filho(a) de Miguel Fernandes Da Silva E De Risalia Pedro Da Cruz, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/04/1976 (40 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Da Ega,356,Marcos Moura, tendo como ponto de referência: DO PSF, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98647-9463.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 28 de 11 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 07h:0min;
- 4) LOCAL: NA AVENIDA INDUSTRIAL ARNOBIO MAROJA,EM TIBIRI,SANTA RITA /PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO,ESTAVA NA GAROURA DE UMA MOTOCICLETA HONDA BROSS 150;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO,ESTAVA CONDUZINDO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO PERTENCE AO MESMO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA BBROS 150,DE COR PRETA, FLEX,ANO MODELO 2013,CHASSI 9C2KD0550DR118018,DE PLACA OFY 5614 MUNICIPIO DE SANTA RITA/PB,DE PROPRIEDADE DE ALISON DA CRUZ ALVES,CPF 100.441.604-02.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

O PROPRIETARIO DA MOTOCICLETA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA NA GAROURA DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO UM VEÍCULO BATEU NA LATERAL DA MOTO,VINDO A DESQUILIBRAR-SE AMBOS CAIRAM NO CHÃO,NESSA QUEDA QUEBROU A CLAVICULA,SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SUPRACITADO,ONDE DEU ENTRADA, CONFORME O BOLETIM DE ENTRADA N° 963.989 AS 08h40min DO DIA 28/11/2016,COM FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA SEGUNDO O CID-10 V 29 + S42.0 + T 00.8.

9) OBSERVAÇÕES:

DISSE QUE NADA ACONTEceu COM ALISON DA CRUZ ALVES QUE CONDUZIA A MOTO

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

LUCIANO FERNANDES DA SILVA-Comunicante
LUCIANO FERNANDES DA SILVA-Comunicante

Escrivã(o)/Agente

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LUCIANO FERNANDES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2.004.245 e inscrito no CPF/MF sob o nº 022.618.834-55, residente e domiciliado na RUA JOÃO DA CEGA, 358, MARCOS MOURA, Cidade SANTA RITA, 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

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 Lider 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.

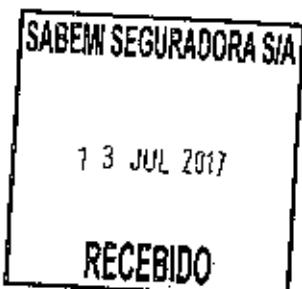
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luciano Fernandes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita, 09 de julho de 2014

Local e data





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 963969



Identificação do paciente

ID 9852965	Nome LUCIANO FERNANDES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 30/04/1976	Mae RISALIA PEDRO DA CRUZ	Idade 40 anos 6 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
			Pai BAGUEL FERNANDES DA SILVA	Prontuário
Mae RISALIA PEDRO DA CRUZ			Responsável (Parentesco) JEFFERSON DA CRUZ - IRMÃO(A)	
Especialidade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987748767	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2004246	Nº Cns	704206234438886	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBOR		

Endereço

CEP 58301670	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO ALBINO NEIRELES
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 28/11/2016 08:40:16	Número de pulsos 1000004687183	Centro de atendimento SUS
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	

Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEBRA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída N/A	Veio de ambulância Não	Totalme N/A
Méio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

SABEMI SEGURADORA S/A
13 JUL 2017
CID
RECEBIDO

Diagnóstico

Atendido por
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

Imprimir

09/09

28/11/2016

Datas: 28/11/16 - 11:00

Presente utraas os exames
ao doss. petróleo por ex.
Hematoma (1) e clorase (1)
pela Rua 2 Concessões ou
aproximadamente 100m a
o Clorase (1) fartoas as
113 ultim.

O: - Traumatismo

- Hem. no clorase
- Coírma 15g. Tis

Dr. Bruno Guedes Monterrey
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 100

Nº. 17:00
Nº. 28-11-16

Avident metrorrhagias
no t.6 branca

f (15) nuga agulha, frenhel E
(1) Alte da VCR
exterior

Mario Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 100

CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



1000004607163 RE : 983999

LUCÍDIO FERNANDES DA SILVA

DT. REC.: 23/04/1976

NOME: SABILIR PEDRO DA SILVA

END: JOSEFO ALFREDO REBELES

N. 24 - POPULOS

SAMPAIO RITA

POB: (3)

CELULAR: (83) 89724397

CEDEME: 40

DT. ENTRADA:

DATA:

PESO:

ALTURA:

SÍGNEA:

SEXO:

COR:

ESTADO:

CID:

UF:

PA:

ID:

CRM:

CRMU:

CRMV:

CRMF:

CRMA:

CRBMN:

CRCC:

CRCCM:

CRCCD:

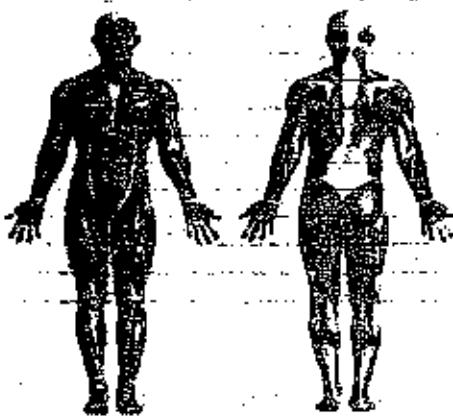
CRCCP:

CRCCG:

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim
MEDAMENTOS: Não Sim
IMUNIZAÇÃO: Não Sim
PATOLOGIA: Não Sim
AUMENTOS INGERIDOS: Não Sim

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abreção
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 C reptação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empoelamento
- 9 Effeema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corpo-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Lacerção
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinal de Isquemia
- 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- Radiografias Laredo peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	100000000		<i>Carlos Henrique Ferreira</i>
2			<i>2016/07/22</i>
3			<i>2016/07/22</i>
4			<i>2016/07/22</i>
5			<i>2016/07/22</i>
6			<i>2016/07/22</i>
7	Exame gástrico - 2016/07/22		<i>2016/07/22</i>
8			<i>2016/07/22</i>
9			<i>2016/07/22</i>
10			<i>2016/07/22</i>

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA 28/07/16 DESTINO Centro cirúrgico _____
 SAÍDA 14:45 Transferência (unidade da saúde) _____
 HORAS: Internado (setor) _____

- Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSINA/CARIMBO

ASSIN.

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ASSIN.

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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000004395-0

Nr. da Autenticação 0FC9B22DDEF54343



000157

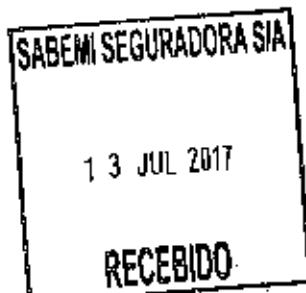
Data: 04/07/2017 hora: 10:40:00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUCIANO FERNANDES DA SILVARG nº 2.009.245, data de expedição 30/03/15, Órgão SSP - PB,CPF nº 022.618.834-55, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOÃO DA EGA</u>
Número	<u>358</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MARCOS MOURA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-98697-9463</u>
E-mail	<u>GOMES.LISBOA.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 04 de julho de 2017Assinatura do Declarante: Luciano Fernandes da Silva

ELAINE CRISTINA DA CRUZ
ELA LAZ DA CRUZ, 356 - VARGAS MOURA
SANTARITA/PR CEP: 59330000 (AC-1)

Classificacão: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONTE ALEGRE 3/230, Km26 - Unidade Residencial Jardim Fazenda 23 - CP 59071400
Entrega: 19 - E - 285 - E340 Referencia: Jun / 2017
Nº mecedor: 00000000000000000000 Emissao: 7/07/2017

Endereço: 24500-000 - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.095.193/0001-46 - Inscrição: 16.715.824-40
Nº Freguesia: Centro de Energia Elétrica Nro: 12345678
Código para Débito Automatizado: 00008887779

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/839777-0

Jun / 2017

Canal de contato:

Apresentação

27/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

26/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

52795314000	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Ind. Est.	Data Leitura	Data Leitura		157	03

Faturas em atraso:

		Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
01/02/2017	88,02	Consumo em kWh	157	3,43487	68,75
04/03/2017	39,44	Acls. B. Vermelha			0,34
05/04/2017	112,17	ICMS			27,75
09/03/2017	83,81	PIS			1,05
		COFINS			4,37
		ANACENTOSE SERVIÇOS			
		OCN-RIB-SERV FUX PÚBLICA			3,16
		LRSOLCE-NOR 01/2017			5,60
		VOLTA 01/2017			1,73

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17 122
Abr/17 120
Mai/17 151
Jun/17 124
Jul/17 148
Dez/16 122
Jan/16 134
Out/16 117
Set/16 113
Ago/16 118
Jul/16 126
Luz/15 21

	BASE DE CALCULO	APROXIMA	VALORES
LEVIS	102,73	27,00	27,75
LEVIS	102,73	1.0312	1,08
COFINS	102,73	4.7425	4,87

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
04/07/2017 R\$ 111,92

Veja mais débitos meses
113



Indicadores de Qualidade 4/2017 - Série 50

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,67	0,00	NOMINAL	220	23,51
DIG TRIMESTRAL	11,54	0,00	GRANDEZA	31,11	37,51
DIG ANUAL	22,65	0,00	EXTREMOS	1,62	1,33
PC VERMELHO	2,48	0,00	Extremos Sazonais	8,00	9,57
PC VERDE	6,87	0,00	maior e menor consumo	42,67	49,20
PC AZUL	12,55	0,00	3º trimestre	0,00	0,00
CMG	3,29	0,00	Total	111,92	100,00
SICR	5,99				

ATENÇÃO

REDAÇÃO: Caso(s) fatura(s) esteja(a) em atraso, o fornecedor poderá suspender a partir de 12/07/2017. Conforme Regulamento ANEEL. O pagamento após essa data não é garantido, podendo ser suspenso do fornecimento caso o mesmo não seja efetuado dentro das contas vigentes. Esclarece-se que a Unidade Consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam atrasadas, desconsidere esse mês e comece. ESSA PRAZO NÃO VALER PARA AS FATURAS JA REVISADAS, para estes a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a partir da vencimento(s) e/ou prazo de EC (unidade). Caso o fornecedor não cumpra com a data de vencimento(s) da fatura vencida e não pague, Fazendo assim a inclusão em órgãos de proteção ao crédito ou caso de inadimplemento. -Leitura confirmada

PRAZOS: 16 - 8 - 285 - E540 VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
04/07/2017 R\$ 111,92

83620000001-3 11920054000-1 08397772017-2 06900090019-6





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.EJPRONTUÁR

*Adriana Carla G. Andrade
Ex-estudante
Graduação PIB 97/2001*

DESTINO: Cdt. José - f

ENVIRONMENT

CONTINUATION

F(NG), ENF, 022-1

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



10000046677162 DE : 963988
LUCAS FERNANDES DA SILVA
DT. Nasc.: 28/10/1976
PRO: RESULTADO PEDRO DA CRUZ

SE/PRONTUÁRIO

END.: JOAQUIM RIBEIRO NEVES
BL. SAU - POPULAR
Bairro: Ribeira
PONTE: 41
CELULAR: (031) 347346797
TURNO: 40
DT. ENTERRADA:

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

28/11/16 + cirurgia geral f 14:00h.

Paciente com história de acidente de moto sd t + h (queda) apresenta-se de dor nos ombros D e doros à D, no nível da escápula D + dor ao nível da clavícula D, cf edema local.

Nega perda de consciência; náuseas e vómitos - glasgow 25
Repre encefalograma à D.

Nega queixas torácicas; não apre- senta desconforto respiratório

Nega dor abdominal

Aparece escoriaçõ em mão D e joelhos D.

NO Rx de torax, provável fratura de 12º costela à D 7/83

cord = sd. Rx de torax em obliqua

*Fratura
12º costela
Rx de torax em obliqua*

Fazido Rx de torax em obliqua e naq identificadas fraturas de arcos costais, devonme ou pneumomediastinoz cord - liberado da cir. geral

*fratura medida e orientado
Ana Virginia
Cirurgia Geral
pelo abr
Gabinete, disto*



Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

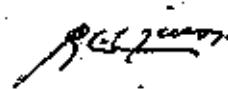
Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

FRATURA NA CLAVICULA DIREITA.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 29/11/2016 14:40.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Transparencia pulmonar normal.

Selos costo-frênicos livres.

Arcos costais sem alterações.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 29/11/2016 14:41.

Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL

Vertebras cervicais, visualizadas aparentemente normais.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 29/11/2016 14:41.

BCL
Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCIANO FERNANDES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	30/04/76
NOME DA MÃE	RISÁLIA PEDRO DA CRUZ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	963.989
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	28/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	08:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	V 29 + S 42.0 + T 00.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESGATADO PELOS BOMBEIROS, QUEIXANDO-SE DE DOR OMBRO DIREITO E DORSO DIREITO, AO NÍVEL DE ESCÁPULA + CERVICALGIA DIREITA. EF= EDEMA EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA + ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO OMBRO DIREITO- FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA
RX DE TÓRAX
RX DE COLUNA CERVICAL

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT + IMOBILIZAÇÃO PARA FRATURA DE CLAVÍCULA + AVALIAÇÃO NCR + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR:	28/11/2016
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



700121
Autenticação de documento

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.004.245 - 2 VIA DATA DE EXPEDICAO 30/03/2015

NOME LUCIANO FERNANDES DA SILVA

FILIA MIGUEL FERNANDES DA SILVA
RISALIA PEDRO DA CRUZ

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/04/1976

ODO ORIGEM NASC N 13962 PLS 232 LIV A 12

CARTORIO SANTA RITA-PB

CPF 022.618.834-55

Assinatura do Diretor

LEI N° 7.108 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

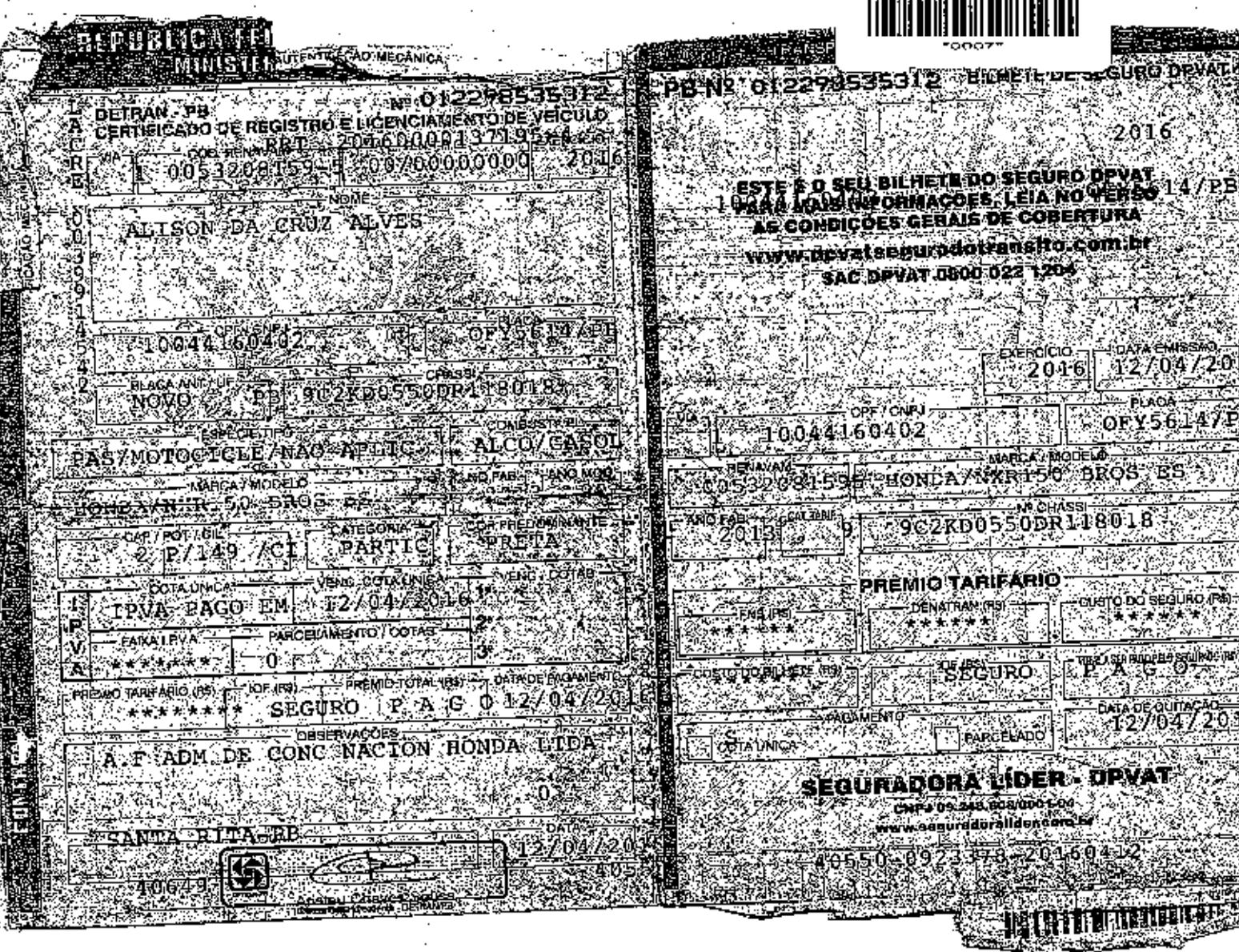
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
022.618.834-55

Nome
LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Nascimento
30/04/1976

VALOR CONFERTE COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luciano Fernandes da SilvaDATA DO ACIDENTE 28/11/2016 CPF DA VÍTIMA 022.618.834-55

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDERECO DO PORTADOR Rua João da CopeNº 358 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Morros MurosCIDADE Santa Rita UF PB CEP 58300-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DEC. ARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QDEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

~~13 JUL 2017~~
~~RECEBIDO~~

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/04/2017DATA 13/07/2017IDENTIDADE 200 4245NOME Barbosa Souto do NascimentoASSINATURA Leticia S. de SouzaASSINATURA BL

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393209 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393209 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame AO EXAME VITIMA APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

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): **LUCIANO FERNANDES DA SILVA** Sinistro: **3170393209** Data: **28/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO DA EGA, 358 - MARCOS MOURA - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2004245**

Data local do exame: [**31/07/2017**] **João 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 DA CLAVÍCULA DIREITA. AO EXAME VITIMA APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO.

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.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 ombro 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):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB