

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652492 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: ISAIAS FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro ,autônomo, portador (a) do RG nº 235349 SSP/RR e inscrito no CPF: 867.697.152-87, residente na Rua: José Alber Sampaio , Nº 2110 Bairro: Senador Helio Campos CEP: 69.3116-508, nesta Capital. Tel.: (95) 99119-3033 .

VITIMA: ISAIAS FELIX DA SILVA, CPF: 700.388.182-60, **DATA DO SINISTRO:** 31/07/2019

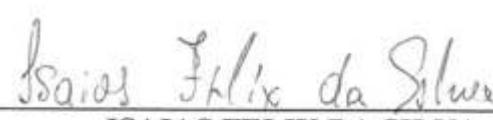
NATUREZA DPVAT

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

Para requerer o seguro **DPVAT** por **INVALIDEZ**, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a) , bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos , municipais, estaduais, ou federais, ou órgão privados, além de transigir, depositar , substabelecer, tendo também poderem específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 4 de outubro de 2019.





ISAIAS FELIX DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411561/19

Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA

CPF: 867.697.152-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/07/2019

Titular do CPF: ISAIAS FELIX DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ISAIAS FELIX DA SILVA : 867.697.152-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652492

Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAIAS FELIX DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652492

Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ISAIAS FELIX DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190652492**

Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS FELIX DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ISAIAS FELIX DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000028432-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
867.697.152-87 ISAIAS FELIX DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LÉGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ISAIAS FELIX DA SILVA 6 - CPF: 867.697.152-87
7 - Profissão: AUTONÔMO 8 - Endereço: R. JOSE ALBER SAMPAIO 9 - Número: 2130 10 - Complemento:
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-508
15 - E-mail: CONFIANCA.CST@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-5200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 28432 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (válvulas): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impossibilidade de assinatura da vítima ou beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, BOA VISTA, 12 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 23:25 Data/Hora Fim: 31/07/2019 23:42
Origem: Policia Militar Nº do Documento: ROP/PM-068520 Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Leonardo da Cruz Barroncas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 31/07/2019 20:56

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA ESTRELA DÁLVA COM RUA ESTRELIÑHA

Bairro: Raia do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: EDESIO RODRIGUES FERREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 57

Profissão: Eletricista

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA GUARÁ

Nº: 348

Bairro: ARACELI

Telefone: (95) 99162-2541 (Celular)

Nome Civil: JOSELIA MENDES DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Itaituba

Sexo: Feminino

Nasc: 23/09/1983

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Odelina Mendes da Silva

Nome do Pai: José Valentin da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 200.772

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 719.449.822-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA GUARÁ

Nº: 348

Complemento: CASA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

Bairro: ARACELI
Telefone: (95) 98107-6798 (Celular)

CEP: 69.314-640

Nome Civil: ELIKA GABRILA AMORIM DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 10

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 500055-6 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA GUARÁ
Bairro: ARACELI

Nº: 348

Nome Civil: ISAIAS FELIX DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 36

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 235349 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSE ALBER SABAÍÓ
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS
Telefone: (95) 99119-3011 (Celular)

Nº: 2110

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: ROP/PM-068520 - VTR-105 (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	867.697.152-87	Placa	NUI0270
Renavam	00262914638	Número do Motor	KC15E5A212927
Número do Chassi	9C2KC1550AR212927	Ano/Modelo Fabricação	2010/2010
Cor	CINZA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	10/04/2019	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Isaias Felix da Silva	Possuidor



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

Grupo Veiculo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 037.518.632-81	Placa NUL9128
Renavam 01097012988	Número do Motor KC25E0G025612
Número do Chassi 9C2KC2500GR025594	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veiculo Roraima
Municipio Veiculo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 14/09/2016	Situação do Veiculo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Edesio Rodrigues Ferreira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Conforme Relatório apresentado descreve que: foram acionados via CIOPS para o local e no horário acima descrito para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima. Segundo o Sr EDÉSIO, nos informou que seguia pela Avenida Estrela D'Alva, sentido BR174, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 START vermelha, placa NUL9128, e levando na garupa sua companheira (item2- JOSELIA MENDES DA SILVA) e sua filha (item3- ELIKA GABRILA AMORIM DA SILVA). sinalizou para fazer a conversão à esquerda, estando ainda parando na faixa de divisão das vias para entrar na Rua Estrelinha, foi colidido no pneu dianteiro do seu veículo pela motocicleta HONDA/CG 150 FAN cinza, placa NUI0270, conduzida pelo Sr. ISAIAS que vinha em sentido contrário, que este não confirmou a versão, e nos informou que o condutor da motocicleta vermelha, Sr Edésio entrou em sua frente ocasionado a colisão. Informo que o Sr. ISAIAS (suspeita de fratura no punho esquerdo e calcanhar esquerdo) e a Srª JOSELIA (suspeita de fratura no punho esquerdo) foram removidos ao Pronto Socorro Estadual estando sob cuidados médicos. Veículos foram liberados no local. Avarias dos veículos conforme perícia que fora realizada no local pelo perito criminal Eduardo. Informo ainda que há câmeras de monitoramento na cobertura do estacionamento do supermercado DB.

ASSINATURAS

Paulo Cesar Fernandes Bezerra
Agente de Polícia
Matrícula 42000504
Responsável pelo Atendimento

BOP/PM-068520 - VTR-105

(Comunicante)

Responsável pelo Atendimento

Responsável pelo Atendimento

Agente de Polícia

Matrícula A2000504

Respostas pelo Atendimento

31 ~~Drums~~

Delegado de Polícia Civil: Leonardo da Cruz Barroncas
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 31/10/2019 12:05
Protocolo nº: Não disponível

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS FELIX DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000028432-1

Autenticação:

0B34A34DBA9198847EE842CFF6EF45410E44F05F9741B7ECFC065C1B292A138E

DETRAN-RR

REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-RR N.º 013774835267

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

57564506810

PLACA ANT/UF	09-2013-34008	CHASSI	562KC1550AR212927	
ESPECIE TIPO	PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLC.	COMBUSTIVEL	GASOLINA	
MARCA/MOD/CL	HONDA/CG 150 FAN ESI	ANO FAB/ANO MOD	2010/2010	
CAP/POV/CIL	2P/0149CC	CATEGORIA	PARTICU	
			COR PREDOMINANTE	CINZA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCTD * O VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
GUARDE EM LUGAR SEGURO

Local: Boa Vista-RR
Assinatura: Presidente Brasil
Assinatura: Presidente Inácio
Assinatura: DETAN-RR

Data: 11/04/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652492 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PUNHO ESQUERDO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO
TORNOZELO ESQUERDO: PSEUDOARTROSE + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM CALHA GESSADA POR 30 DIAS NO PUNHO E TORNOZELO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: PUNHO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO
TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA AS FRATURAS DE TORNOZELO E PUNHO ESQUERDO IMPACTARAM COM RESTRIÇÕES EM AMOBS NOS MOVIMENTOS EM GRAU MODERADO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652492 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PUNHO ESQUERDO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO
TORNOZELO ESQUERDO: PSEUDOARTROSE + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM CALHA GESSADA POR 30 DIAS NO PUNHO E TORNOZELO,
NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: PUNHO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO
TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA AS FRATURAS DE TORNOZELO E PUNHO ESQUERDO IMPACTARAM COM RESTRIÇÕES EM AMOBS NOS MOVIMENTOS EM GRAU MODERADO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652492 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50