

# 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

**Valoração 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

## 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) 99119-3011.

**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  
**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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 31/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISAIAS FELIX DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

---

**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

---

**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

**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, retorne 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](http://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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 (hoi Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinado 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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA 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: Polícia 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 ESTRELINHA

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

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

Meio(s) Empregado(s)

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

Bairro: ARACELI

Telefone: (95) 99162-2541 (Celular)

Nº: 348

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

Complemento: CASA

Nº: 348







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 SABAIÓ

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Telefone: (95) 99119-3011 (Celular)

Nº: 2110

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPOSTO 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

CPF/CNPJ do Proprietário 867.697.152-87

Renavam 00262914638

Número do Chassi 9C2KC1550AR212927

Cor CINZA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 10/04/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUI0270

Número do Motor KC15E5A212927

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Isaias Felix da Silva

Envolvimentos

Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

Grupo Veículo  
CPF/CNPJ do Proprietário 037.518.632-81  
Renavam 01097012988  
Número do Chassi 9C2KC2500GR025594  
Cor VERMELHA  
Município Veículo Boa Vista  
Modelo HONDA/CG 160 START  
Quantidade 1 Unidade  
Última Atualização Denatran 14/09/2016

Subgrupo Motocicleta/Motoneta  
Placa NUL9128  
Número do Motor KC25E0G025612  
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016  
UF Veículo Roraima  
Marca/Modelo HONDA/CG 160 START  
Veículo Adulterado? Não  
Situação Envolvido, Meio Empregado  
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -  
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Edesio Rodrigues Ferreira

Envolvimentos

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

ROP/PM-068520 - VTR-105

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

31

*[Assinatura]*  
AGENTE DE POLÍCIA  
COLETORES

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

Página 3 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# ITAÚ – 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013774835267

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

01

09262974638

57564506810

ISAIAS FELIX DA SILVA  
R RIO ERETI CASA  
PROF ARACELI S MATOR Nro: 589  
BOA VISTA-RR 49315014

867.697.158-07

NU10270

JULIO CESAR BARROSA SILVA

PLACA ANT/UF

CHASSI

962KC1550AR212927

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC.

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL  
2P/0149CC

CATEGORIA  
PARTICU

COR PREDOMINANTE  
CINZA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ. LICENCAO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM L

BOA VISTA-RR

LOCAL

DATA

11/04/2019

CONTROLADOR DE TRAFEGO

# 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

**Valoração 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