

# 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: 27/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000029212-4

---

Nr. da Autenticação 873BAFFFCCE4A172B

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014930443

**Cidade:** Mossoró

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JACKSON GOMES DA SILVA

**Data do acidente:** 20/07/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** POLITRAUMATISMO COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES E LESÃO NO JOELHO DIREITO. .

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE E INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA DAS LESÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/11/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Allan Claudio Assunção -

**CRM do médico:** 5494

**UF do CRM do médico:** RN

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

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Dequitier Carvalho Machado

**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): **JACKSON GOMES DA SILVA** Sinistro: **2014930443** Data: **20/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Antônio Alcivan Alves da Silva, 130 - Planalto Treze de Maio - Mossoró - RN - CEP 59631-485**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PB** ] **4247585**

Data local do exame: [ **24/11/2014** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**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)  
**POLITRAUMATISMO COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES E LESÃO NO JOELHO DIREITO. . APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE E INSTABILIDADE NO JOELHO 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.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA DAS LESÕES.**

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 JOELHO 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - 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.

  
DR. ALLAN ASSUNÇÃO  
MÉDICO EM REABILITAÇÃO  
CONSELHO DE REABILITAÇÃO  
CRAJUR 5494 1907 8950

Allan Claudio Assunção - CRM: 5494 - RN

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5836191

A/C: JACKSON GOMES DA SILVA

Sinistro: 2014930443  
Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA  
Data Acidente: 20/07/2014  
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: JACKSON GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 000000029212-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



PC VAR DIREITO

*Jackson Gomes da Silva*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.374.068

22/05/2014

JACKSON GOMES DA SILVA

JOSEFILDO JOSIAS GOMES  
SOLANGE DA SILVA

19/07/1984

CERT. DE NASCIMENTO 1-A100-T-147 66-76090  
LUZIANIA 60-CARTARIO UNICO CARTARIO

106.837.104-86

RACHEL AMARAL JANEIRA

19/07/1984

LEI Nº 7.114/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**106.837.104-86**

Nome  
**JACKSON GOMES DA SILVA**

Nascimento  
**19/07/1984**

REAL SENHA

Cartão de uso pessoal e intransferível  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão  
JUN/2010

**CORREIOS**

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



10094031

ARUANA

22 OUT 2014

Ass.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2315/2014.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** ACIDENTE DE TRANSITO.

**LOCAL DO FATO:** Sitio Alagoinha, zona rural, Mossoró/RN.

**DATA E HORA DO FATO:** 20/07/14, por volta das 08:00h.

**COMUNICANTE:** Jackson Gomes da Silva.

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:** Rua Antonio Alcivan Alves da Silva, 130, Alameda dos Cajueiros, Mossoró/RN.

**FILIAÇÃO:** Josenildo Josias Gomes e Solange Maria da Silva.

**DATA DE NASCIMENTO:** 19/07/94 **ESTADO CIVIL:** solteiro.

**NATURAL:** Mossoró/RN. **SEXO:** masculino.

**OCUPAÇÃO:** Aux. de pedreiro.

**DOCUMENTO:** RG nº 3324068 SSP/RN **TEL:** (84)9970-7501

**VÍTIMA(01):** O comunicante.

**NOTICIADOS(A):**

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante informa que na data, hora e local supracitado, pilotava um ciclomotor Shineray Phoenix XY50Q – vermelha – 2010/2011 – chassi LXYXCBL08B0500552 (em nome de Raimundo Avelino dos Santos, CPF 392613444-53), trafegando no sentido Mossoró/Alagoinha, quando sofreu uma queda após bater em uma pedra. Que o comunicante buscou atendimento no HRTM. Nada mais disse.

**DATA E HORÁRIO DO REGISTRO:** 01/08/2014, às 11:20h.

**OBS:** As informações constantes neste B.O. São de inteira responsabilidade do comunicante.

**PROVIDENCIAS ADOTADAS:** Registro do B.O.

*Jackson Gomes da Silva*  
ASSINATURA DO COMUNICANTE

*Cid Ney Fernandes Celis*  
Apc Cid Ney Fernandes Celis  
Mat. 108.172-1



ARUANA

22 OUT 2014

Ass. \_\_\_\_\_





2483.119

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Jackson Gomes da Silva D.N. 19.07.94 Idade: 19  
Profissão:  Cartão SUS Nº   
Endereço: Rua: Antonio Alvar A. da Silva Bairro: R. dos Raposos  
Cidade: Mossoró U.F.: RN Fone:   
Filiação: Mãe:  Pai:

Data: 20.07.14 Hora: 19:02 A.C.C.R.:

**VERDE**

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Queixa de dor no peito  
durante a atividade física  
na motocicleta.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



\*10040

2 - EXAME FÍSICO

Coração: normal  
pulso: 70 bpm  
pressão: 120/80 mmHg  
CO2: 35 mmHg

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Dor no peito - cor. l. ex  
Ass.

SAME / ARQUIVO

22 OUT 2014

Ass.

**Data:**

092403  
1102

01534

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

SECRET

DATA  
HORA

## PRESCRIÇÃO

**VIA**

## ENFERMAGEM

### HORÁRIO

**SINISTRATURA**

22 - 14 - 1 + 22 - 14 - 1

29/11 1975 5.30 PM - 7.15 PM

7. - 10  
Silent  
871

~~Dr. Paulo Roberto de Mello~~  
CRM-RN 2485  
CPF 955 252 362

19135h - (Jensen)

**Observações:**

ata: / /

**Hora:****Identificação Médica**





## 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 esse sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jackson Gomes da Silva, PORTADOR (A) DO RG Nº 003.324.068  
EXPEDIDO POR SSP RN EM 22/05/2014. E CPF/CNPJ 106.837.104-86 PROFISSÃO Aux. Pedreiro  
RENDA MENSALDE R\$ 720,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: Jackson Gomes da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA

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.

conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar ao site da RECEITA FEDERAL – [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO

BANCO 237 – AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASIL

BANCO 001 – AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ

BANCO 341 – AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 – AGÊNCIA 3064 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA 29212-4

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

ARUANA

LOCAL: Umuçoma - RN - DATA 18/09/2014

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Jackson Gomes da Silva

22 OUT 2014

## 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 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](http://WWW.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204.