

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO DE 50% DO JOELHO ESQUERDO.
@ (PAG 1) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM REGIAO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA , COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 2 NO JOELHO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO(LIMITADO A 30 GRAUS)

Resultados terapêuticos: LIMITACAO FUNCIONAL E ANATOMICA DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADA DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317790/18

Número do Sinistro: 3180402010

Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO

CPF: 806.474.211-00

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCEL BARROSO ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180402010**

Vítima: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data do Acidente: **21/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180402010**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13305393



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180402010**

Vitima: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data do Acidente: **21/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180402010**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180402010 **Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data do Acidente: 21/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

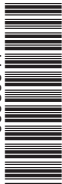
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00081/00082 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13786035

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180402010

Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCEL BARROSO ARAUJO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

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

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000070059-1**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

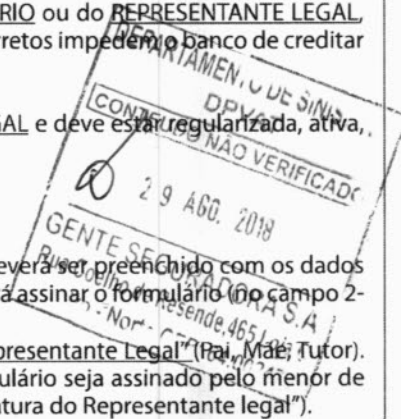
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

806.474.211-00

marcel Barroso Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|--------------------|--|----------------------------------|
| Nome completo marcel Barroso Araujo | | CPF titular da conta 806.474.211-00 | Profissão motorista |
| Endereço R. S. Torquato II 80-07 casa-06 | | Número 511 | Complemento casa |
| Bairro Asplanada | Cidade Teresina | Estado | CEP 64039-556 |
| Email | | | Telefone (DDD) (86) 3303-4104 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

36 06

(Informar dígito se existir)

70059

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 15 de Agosto de 2018

Local e Data

marcel Barroso Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180402010
Nome do(a) Examinado(a): Marcel Barroso Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Residencial Torquato Neto II, S/N Qd 07 Casa 06
Esplanada Teresina PI CEP: 64039-556
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1510739
Data local do acidente: [21/05/2018]
Data local do exame: [08/01/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA EM REGIAO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Complicações: ESCANOMETRIA- ASSIMETRIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM ENCURTAMENTO DE 0,8 CM A ESQUERDA

Data da Alta: 21/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

IMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA , COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 2 NO JOELHO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO(LIMITADO A 30 GRAUS)

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EVOLUI DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA , COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCALSIGNIFICATIVO , NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 2 NO JOELHO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO(LIMITADO A 30 GRAUS)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 seqüela 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 - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001785/2018-33

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 07/06/2018 - 11:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. BARÃO DE GURGUEIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

21/05/2018 - 07:20

Bairro

TABULETA

Ponto de Referência

PARADA DE ONIBUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARILENE RODRIGUES ARAUJO

RG: 1655107 PI

Mãe: ANTONIA FEITOSA RODRIGUES

Endereço: QD-07, CS-06, RESID. TORQUATO NETO II, Nº

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARCEL BARROSO ARAUJO

RG: 1510739 PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARROSO ARAUJO

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, ESPOSA DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 110I, PLACA PIS-1639-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 01136213349, PROP. DE KENNEDY ALVES DE SOUZA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO CENTRO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 477180). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARILENE RODRIGUES ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcel Barroso Araújo

CPF da Vítima

806.474.211-00

Data do Acidente

21/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(186) 3303-4104

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Teresina 15 de Agosto de 2018

Local e Data

Marcel Barroso Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 12/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCEL BARROSO ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000070059-1

Nr. da Autenticação EE4BC0361CC9857C



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|--|--|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado 38 3308 | 02 Data do chamado 21 05 2013 | 03 PRO (código) 9999 | 04 Saída do PA 07 14 2 | 05 Chegada ao local 08 04 |
| | 06 Saída do local 08 16 | 07 Chegada ao 1° hospital 08 22 | 08 Saída do 1° hospital | 09 Chegada ao 2° hospital | |
| Local da Ocorrência | 10 Endereço Bomão de Gurgurus | | 12 Município-UF 716 - PI | | |
| | 11 Bairro Tabuleta | 13 Ponto de referência FT | | Código IBGE | |
| Dados do Paciente | 14 Nome Manoel Camargo Duroso | | | 15 Sexo 1 - Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Feminino 3 - Ignorado | |
| | 16 Idade 38 24 04 79 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado | | Se idade ignorada, preencha com 999 | | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tipo de Ocorrência | 18 Tipo de ocorrência | | | | |
| | 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares | | | | |
| Acidente de Transporte | 19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção | | 21 Outra parte envolvida | | 22 Equipamentos de segurança |
| | 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado | | 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado | | <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança |
| Exame Físico | 23 Glasgow = 15 | | 24 Sinais vitais | | 25 Local da lesão |
| | ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma | | RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum | | Pulso 92 Resp. 16/30 PA 100/80 TAX 98 SatO2 98 |
| Hospital de Destino | 26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais | | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente | | 28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não |
| | 29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> | | 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/> | | |
| Assistência | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) | | 32 Hospital de Destino HUT | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Respiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) | | <input type="checkbox"/> Não Removido | | |
| Observações Interdisciplinar | 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado | | 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte | | |
| | Pet Motorista masculino 38 anos condutor fazia uso do cinto, vítima de acidente entre moto com apontar palma em pulso "E" fratura do metacarpo 1, fratura da base do 1º metacarpo e fratura da base do 2º metacarpo. | | | | |

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 006534230

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUNHO/2018 | 11/06/2018 | 32 | 23,88 |

MARILENE SOARES RODRIGUES
RS TORQUATO NETO II S/N QD 07 CASA 06 ESPLANADA
CPF: 00083395490300
CEP: 64.039-556 - TERESINA
ROT: 2.001.25.28.333000

| DADOS DA LEITURA | | kWh | DATAS DA LEITURA | |
|-----------------------------|--|-------|------------------|------------|
| Atual: | | 12022 | Atual: | 04/06/2018 |
| Anterior: | | 11990 | Anterior: | 03/05/2018 |
| Constante de Multiplicação: | | 1,000 | Próxima Leitura: | 05/07/2018 |
| Consumo Medido: | | 32 | Emissão: | 01/06/2018 |
| Consumo Faturado: | | 32 | Apresentação: | 04/06/2018 |
| | | FCAM | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--------|---------------------------|--|------------------|----|
| Forma de Faturamento: | NORMAL | Código de Irregularidade: | | Dias de Consumo: | 32 |
|-----------------------|--------|---------------------------|--|------------------|----|

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | MONO | A1345812 | | 1.1.1.1 | 155 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIÇÃO DA CONTA |
|-----------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| MAI/18 152 | CONSUMO 32 A R\$ 0,596467 = 19,08 |
| ABR/18 103 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,18 |
| MAR/18 109 | CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00 0,41 |
| FEV/18 109 | MULTA POR ATRASO 04/18-00 1,54 |
| JAN/18 172 | JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00 0,67 |
| DEZ/17 176 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,27 |
| NOV/17 259 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,19 |
| OUT/17 169 | |
| SET/17 136 | |
| AGO/17 146 | |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 32 - 0,569090

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO | | |
|---|-----------|---|
| Mes/Ano | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 19/06/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso. |
| 05/2018 | 128,01 | |
| LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 | | |

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|------|-------------------------|------|
| Distribuição: | 5,22 | Base de Cálculo: | |
| Energia: | 9,88 | Alíquota ICMS: | |
| Transmissão: | 1,55 | Valor do ICMS: | 0,15 |
| Encargos: | 1,57 | Valor do PIS: | 0,71 |
| Tributos: | 0,86 | Valor do COFINS: | |

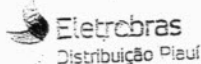
| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|
| | DIC | | | PIC | | | DMIC | |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Limite | 5,19 | 10,39 | 20,77 | 3,36 | 6,73 | 13,45 | 2,94 | |
| Atualizado | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |
| POLO | Período de atualização: 04/2018 | | | | | | R\$ | 30,04 |

ROT: 2.001.25.28.333000



DEPARTAMENTO DE CONTAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua...
- Nor - CEP 64.000-000

CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-69 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 007516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTAS MES | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUNHO/2018 | 29/06/2018 | 208 | 199,86 |

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CEP: 64.000-235 - TERESINA

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------------|------------|-------------|----------------|
| Atual: | 18195 | Atual: | 22/06/2018 | | |
| Anterior: | 17987 | Anterior: | 23/05/2018 | | |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 25/07/2018 | | |
| Consumo Medido: | 208 | Emissão: | 20/06/2018 | | |
| Consumo Faturado: | 208 | Apresentação: | 22/06/2018 | | |
| NORMA | | 30 | | | |
| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Pat. | Média 12 meses |
| COMERCIAL | MONO | A1418740 | | 3.5.3.1 | 310 |
| HISTÓRICO KWH | | DESCRIÇÃO DA CONTA | | | |
| Mês/ano consumo | | | | | |
| MAI/18 211 | | CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31 | | | |
| ABR/18 159 | | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 14,80 | | | |
| MAR/18 307 | | CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,46 | | | |
| FEV/18 224 | | MULTA POR ATRASO 05/18-00 3,48 | | | |
| JAN/18 271 | | JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 0,81 | | | |
| DEZ/17 314 | | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,56 | | | |
| NOV/17 416 | | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,52 | | | |
| OUT/17 385 | | | | | |
| SET/17 435 | | | | | |
| AGO/17 353 | | | | | |
| TARIFA DE TRIBUTOS: | | | | | |
| Q A 208 - 0,593055 | | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 AGO. 2018.
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Teresina - PI - CEP: 64.000-235

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 29/06/2018, não constatamos débitos em relação
nessa Unidade Consumidora.

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|-----------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 35,21 | Base de Cálculo: | 180,31 |
| Energia: | 66,96 | Alíquota ICMS: | 27,00% |
| Transmissão: | 10,53 | Valor do ICMS: | 48,68 |
| Encargos: | 10,67 | Valor do PIS: | 1,47 |
| Tributos: | 56,94 | Valor do COFINS: | 6,79 |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | |
| 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 |
| 0,00 | | | 0,00 |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcel Barroso Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.474.211 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Marcel Barroso Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.474.211 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Rua 24 De Janeiro</u> | Número | <u>544</u> | Complemento | <u>Sala</u> |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Teresina</u> | Estado | <u>PI</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | <u>(86) 3303-4104</u> | Telefone celular (DDD) | <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 15 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Kennedy Alves de Souza
RG nº 3.269.051, data de expedição 07/04/16,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 056.970.171-62, com
domicílio na cidade de Teresina/PI, no Estado de

Piauí Rua Victor Anshack de Aguiar, nº 1224
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido em Teresina, cujo condutor é

Marcel Banono Araújo
Marcel Banono Araújo

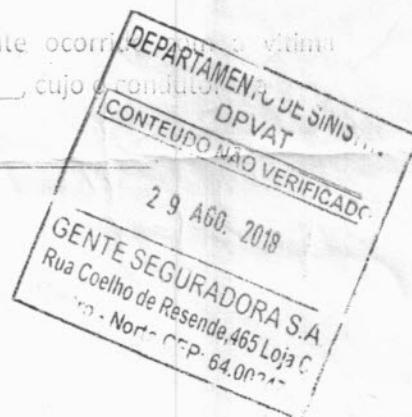
Veículo:
Modelo: Honda Biz
Ano: 2017/2018
Placa: P1S-1639
Chassi: 9C2JC7000JR001276

Data do Acidente: 21.05.2018

Local e Data: Av. Bonão de Górguis Teresina, 06.06.18

Kennedy Alves de Souza
Assinatura do Declarante

Marcel Banono Araújo
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



5º Ofício

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabela Pública
Teresina - Piauí

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: KENNEDY ALVES DE SOUZA.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/06/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Sel: 0,25 Total: 4,70 Sel: ABC.8104 (F240P329)

FRANCISCA JULIANA UCHOA SANTOS - Escrevente

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Notário
Quando do Registro de Atos de Notas
Registrado e Emissado

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABC-08104

CÓD.PAC.: 15132

PACIENTE: MARCEL BARROSA ARAUJO

MÉDICO SOL.: BRUNO FREIRE

CONVÊNIO: MEDPREV

EXAME: RM Joelho Esquerdo

DATA: 17/08/2018 Nº Req.: 23188

Idade: 39A CPF: 80647421100 RG: 1510739

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

Exame realizado em equipamento de 3,0 T, sendo obtidas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2, sem o uso de contraste endovenoso.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Sinais de manipulação cirúrgica prévia com alterações de aspecto fibrocicatricial nas partes moles da região anteromedial do joelho. Material metálico de osteossíntese na tíbia determinando intensos artefatos de susceptibilidade magnética que limitam a avaliação.

Edema dos planos gordurosos do subcutâneo do joelho, principalmente anterolaterais.

Patela subluxada lateralmente. Irregularidades superficiais da cartilagem de revestimento da patela com erosões condrais superficiais na faceta lateral, envolvendo menos de 50% da sua espessura.

Meniscos medial e lateral e ligamentos cruzados e colaterais de avaliação limitada pelos artefatos metálicos descritos.

Tendões do quadríceps e patelar de aspecto usual.

Pequeno derrame articular com sinais sugestivos de sinovite.

Discreta distensão líquida da bolsa sinovial localizada entre os tendões do gastrocnêmio medial e do semimembranoso.

Estruturas musculares com morfologia e sinal aparentemente preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Sinais de manipulação cirúrgica prévia com alterações de aspecto fibrocicatricial nas partes moles da região anteromedial do joelho.

Edema dos planos gordurosos do subcutâneo do joelho, principalmente anterolaterais.

Material metálico de osteossíntese na tíbia determinando intensos artefatos de



DRA PATRICIA GIRIO MATOS
CRM PI 1987



ImagemPlena

CÓD.PAC.: 15132

PACIENTE: MARCEL BARROSA ARAUJO

MÉDICO SOL.: BRUNO FREIRE

CONVÊNIO: MEDPREV

EXAME: RM Joelho Esquerdo

DATA: 17/08/2018 N° Req.: 23188

Idade: 39A CPF: 80647421100 RG: 1510739

susceptibilidade magnética que limitam a avaliação.

Patela subluxada lateralmente. Condropatia patelar lateral, sem envolvimento do osso subcondral.

Meniscos medial e lateral e ligamentos cruzados e colaterais de avaliação limitada pelos artefatos metálicos descritos.

Pequeno derrame articular com sinais sugestivos de sinovite.

Discreta distensão líquida da bolsa sinovial localizada entre os tendões do gastrocnêmio medial e do semimembranoso.



DRA PATRICIA GIRIO MATOS
CRM PI 1987



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para o Sr.

MARCEL BARROSO ARAUJO

RUA IZETE SALES RIBEIRO - PORTAL DA ALEGRIA * TERESINA - PI * 64.000-000

R_x

Laudo Médico

Paciente com fratura de Platô tibial à E, fixada com placa +parafusos.
Fratura consolidada, porém evolui com osteartrose grave de joelho e perda de cerca de 80% da flexoextensão do joelho .

Cid: S821

Teresina (Pi), 17/09/2018 11:15:43

Dr. Bruno Freire
Ortopedia-Traumatologia
CRM-4245/FEOT: 11438
Bruno Soares Freire
CRM - PI 4245



CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 10:00 - 12:00 * TER: 13:00 - 16:00 * QUA: 10:00 - 12:00

TELEFONE(S): 9922-4490

e-mail: hmedrio@bol.com.br

Paciente: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data nasc.: 24/07/1979 Idade: 39a 1m 20d Cpf: 80647421100

Nr. Pedido: 127773 Nr. Prontuário: 124365 Nr. Atendimento: 536736

Convênio: INTERMED Data do Exame: 11/09/2018

Med. Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE



RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO:

- Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na região epimetadiafisária da tíbia, sem nítido sinais de sutura de seus componentes.
- Redução dos espaços articulares fêmoro-tibiais.
- Fratura consolidada na região metafisária distal da tíbia.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na região epimetadiafisária da tíbia, sem nítido sinais de sutura de seus componentes.
- Redução dos espaços articulares fêmoro-tibiais.
- Fratura consolidada na região metafisária distal da tíbia.



Wm

ALEXANDRE VITOR TAPETY DO REGO MONTEIRO
CRM 3678

HOSPITAL UNIMED ILHOTAS

Rua Monsenhor Gil, 3330 - CEP 64001-545
Frei Serafim - Teresina - Piauí • Tel.: (86) 2107-8686
Fax: (86) 2107-8652 • CNPJ: 06.555.031/0001-95

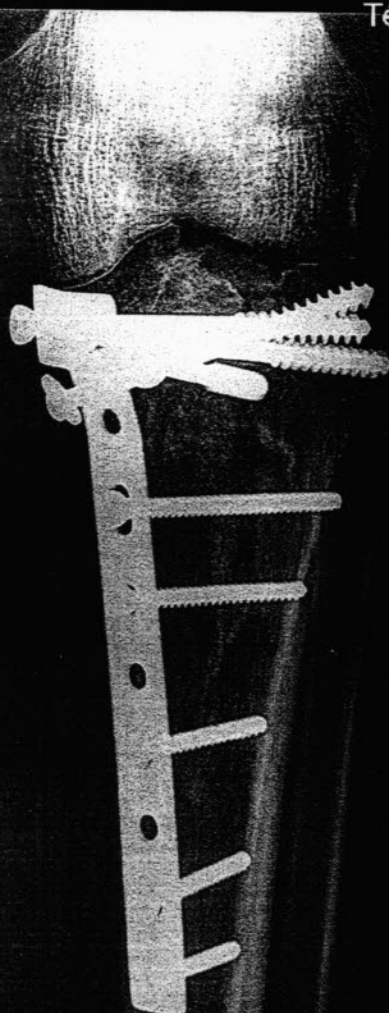
HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA

Rua Território Fernando de Noronha, 2566 - CEP 64007-250
Teresina - Piauí. Tel.: (86) 2107-1600
CNPJ 06.555.031/0002-76

Marcel Barroso A...
39A 1M,Masculin...
SI:1
Ver pos: AP
< 2 - 1 >

HOSPITAL UNIM... Marcel Barroso A...
Genérico 39A 1M,Masculin...
[11/09/20... SI:1
Ver pos: AP
Philips - Meditech... < 4 - 1 >
0kV
Técnico Principal

HOSPITAL UNIM...
Genérico
[11/09/20...
Philips - Meditech...
0kV
Técnico Principal



10 cm

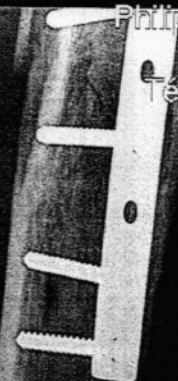
C 6217
L 14908

Marcel Barroso Araujo

124365

24/07/1979

Carestream



10 cm

C 6903
L 13418

1 / 1

Hospital Name



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPV-AT
COMPROVAÇÃO NÃO VERIFICADO
04 JAN. 1990
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

RELATÓRIO MÉDICO

obs: paciente teve um encefalograma de 0,8 sec da perna esquerda

Declaramos que a Marcel Barros
Araujo, foi vítima de acidente de trânsito
foto ocorrido em 21.05.2018 às 7:20 HS
ocorrido sob forte chuva que a IE.
Cursando com fratura do platô e
da perna esquerda, onde foi tratado
cirurgicamente através de osteossintese
complacando com fixação
com esta definição, o paciente
citado esteve castelante por 90
dias, refo com sequelas: fortes
dores, limitação de movimentos
claudicação, com reações de em
cartilagem do membro atingido, com
com comprometimento funcional de
95%

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia

Assinado

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

20.12.18

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

Paciente: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data nasc.: 24/07/1979 Idade: 39a 4m 22d Cpf: 80647421100

Nr. Pedido: 140250 Nr. Prontuário: 124365 Nr. Atendimento: 584304

Convênio: INTERMED Data do Exame: 14/12/2018

Med. Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE

Unimed 
Teresina

RX ESCANOMETRIA


RELATÓRIO:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfície e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.
- Assimetria do membro inferior direito com encurtamento de 0,8 cm à esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Assimetria do membro inferior direito com encurtamento de 0,8 cm à esquerda.




LIVIO WILLIAM SALES PARENTE FILHO
CRM 2271

Paciente: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data nasc.: 24/07/1979 Idade: 39a 4m 23d Cpf: 80647421100

Nr. Pedido: 140250 Nr. Prontuário: 124365 **Nr. Atendimento: 584304**

Convênio: INTERMED Data do Exame: 14/12/2018

Med. Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE

Unimed

Teresina



RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO:

- Osteossíntese cirúrgica através de haste e parafusos metálicos de fixação de fratura prévia em região proximal da tíbia, com extensão ao platô tibial
- Irregularidade óssea com formação de calo ósseo por fratura prévia consolidada em diáfise distal da tíbia e fíbula.
- Redução assimétrica do espaço articular fêmuro-tibial.
- Osteopenia peri-articular.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Estudo radiológico para controle evolutivo pós cirúrgico.

LIVIO WILLIAM SALES PARENTE FILHO
CRM 2271

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO |
| 04 JAN. 2019 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |



Hospital Unimed Primavera
Rua Território Fernando de Noronha, 2566
64007-250 - Primavera - Teresina - PI
T. (86) 2107.1616

Hospital Unimed Ilhotas
Rua Monsenhor Gil, 3330
64001-140 - Ilhotas - Teresina - PI
T. (86) 2107.8686

Paciente: **MARCEL BARROSO ARAUJO**

Data nasc.: 24/07/1979 Idade: 39a 4m 22d Cpf: 80647421100

Nr. Pedido: 140250 Nr. Prontuário: 124365 **Nr. Atendimento: 584304**

Convênio: INTERMED Data do Exame: 14/12/2018

Med. Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE

RADIOGRAFIA COLUNA LOMBO-SACRA

RELATÓRIO:

- Corpos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Pedículos, lâminas e articulações interapofisárias sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

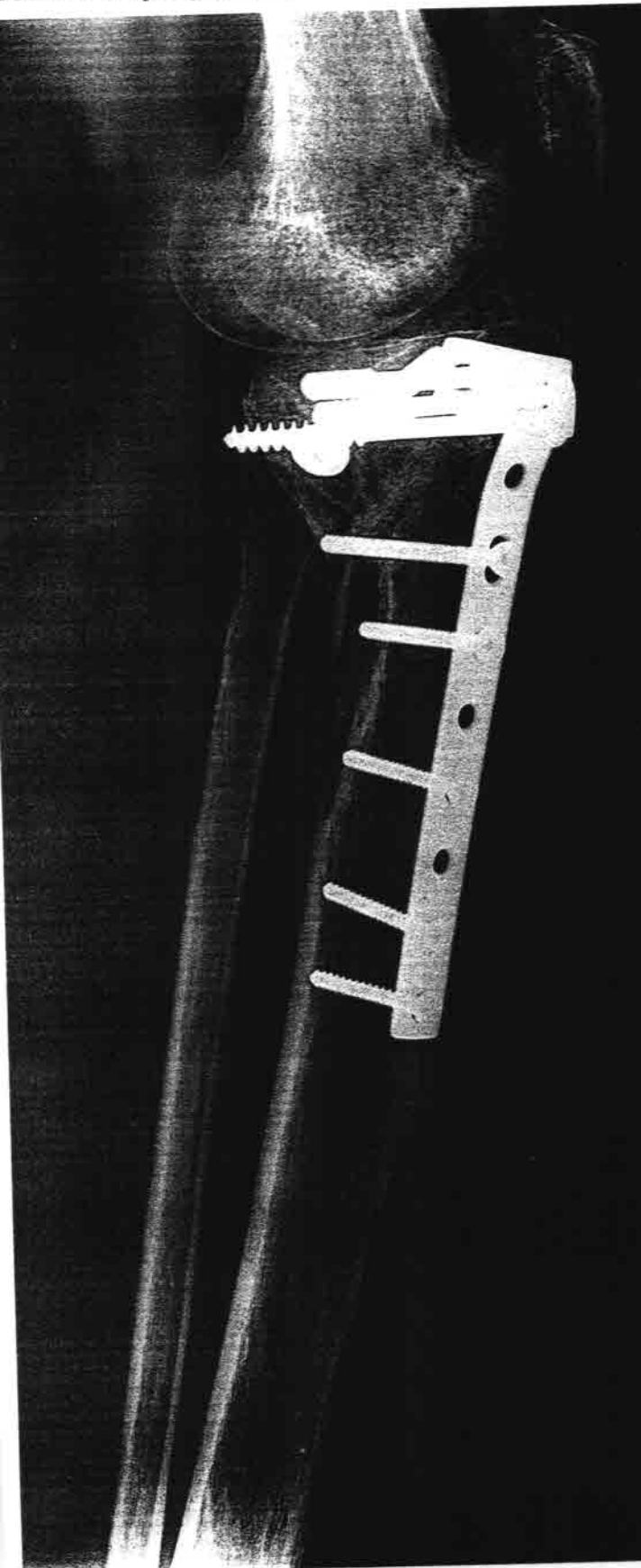
- Ausência de alterações radiológicas significativas.


LIVIO WILLIAM SALES PARENTE FILHO
CRM 2271

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO |
| 04 JAN. 2019 |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

Compacto Plus | HOSPITAL UNIMED TERESINA
MARCEL BARROSO ARAUJO Data Nasc: 24/7/1979
Sexo: M Requisição: 124365

Compacto Plus | HOSPITAL UNIMED TERESINA
MARCEL BARROSO ARAUJO Data Nasc: 24/7/1979
Sexo: M Requisição: 124365



WC: 7296
WW: 10624

Data: 14/12/2018 Hora: 09:44

WC: 7210
WW: 12184

Data: 14/12/2018 Hora: 09:43

Compacto Plus
MARCEL BARROSO ARAUJO
Sexo: M Requisição: 124365

HOSPITAL UNIMED TERESINA
Data Nasc: 24/7/1979



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

WC: 8192
WW: 16383

Data: 14/12/2018 Hora: 10:02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.510.739 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/08/07

NOME MARCEL BARROSO ARAUJO

FILIAÇÃO MARIA DOS ANJOS BARROSO ARAUJO

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 24/07/1979

CERT. NASC. 91626 L 55A F 37V

EXP. TERESINA-PI 10/02/84

806.474.211-00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Norma - CEP 64.000-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

328

POLEGAR DIREITO

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 46 - 1º andar
- Norte - CEP: 64.002-100

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 11/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Eu Manoel Zangaro Araújo RG. 3510.739
CPF 806 474 211-00 Resido na Rua Lipete Sales
Ribeiro Bairro pontal da Alegria Teresina - Pi
Afirmo que sofri um acidente de trânsito no
dia 21/05/2018 Onde tive fratura do Platon
Tibial onde foi colocado placas e parafusos
eu não Aceito o Valor que vocês liberaram
Sem Pericite Pois fiquei com perda de
movimento de 80% do joelho esquerdo
com perda do equilíbrio com uso de
muletas por tempo indeterminado, por
isso peço que vocês liberem uma pericite
Para mim. Eu agradeço.

Teresina Piauí 37/09/2018



Manoel Zangaro Araújo

Eu Marcel Barrasso Araújo RG. 1510739

CPF: 806.474.211-00 Resido na Rua Lisete

Salvador Ribeiro Bairro portal da Alegria

Terezina fiam. Afirmo que sofri um acidente de trânsito dia 21/05/18. Onde tive fratura do platô tibial, colocado placas e parafusos, hoje não encontro com a perna dura não movimentar o joelho esquerdo já fiz 80 sessões de fisioterapia e ainda não tive melhora. internei meu tratamento, recebi alta definitiva, ficando com perda do movimento de 95% do joelho e. com uso de muletas por tempo indeterminado e peroteu 0,8 centímetros da perna e. e não aceito aquele valor de 1.687,00 sem pericia, eu preciso ser periciado para o medico ver minha situação. não tenho firmeza na perna. fico no aguardo.

Terezina 21/12/18.

Marcel Barrasso Araújo

| |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 04 JAN. 2019 |
| SENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO DE 50% DO JOELHO ESQUERDO.
@ (PAG 1) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180402010 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM REGIAO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA , COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 2 NO JOELHO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO(LIMITADO A 30 GRAUS)

Resultados terapêuticos: LIMITACAO FUNCIONAL E ANATOMICA DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADA DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Telephone: (86) 3303-4104 99534-6565

Telephone: (86) 3303-4104 99534-6565

Terezina - Brasil, 31 de julho de 2018
Local e data

Local e data

* Mano/ Banco Mano

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório
Thermistócles
Sampaio
 3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATALIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP.: 64000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (0xx98) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosamsampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCEL BARROSO ARAUJO. DOU
 FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 31/07/2018. Emol.: 3,71
 TJ: 0,74 Selo: 0,28 Total: 4,71 Selo: ABG.87357 (F80F157)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado



Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Rio
Atos de Notariedade
Registro
Judiciário

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABG-87357



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Compromissada
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317790/18

Número do Sinistro: 3180402010

Vítima: MARCEL BARROSO ARAUJO

CPF: 806.474.211-00

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCEL BARROSO
ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa