

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 ESCALARER 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 FORCA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

MARCEL BARROSO
ARAUJO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/01/2019

Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES

CPF: 840.173.173-91

Data do cadastramento: 04/01/2019

Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior

CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

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**
Vitima: **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

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.seguradoraslider.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



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

Rio de Janeiro, 18 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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	CPF titular da conta	Profissão
marcel Barroso Araujo	806.474.211-00	motorista
Endereço	Número	Complemento
R\$ Torquato II QD-07 casa-06	511	casa
Bairro	Cidade	Estado
Esplanada	Teresina	
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64039-556	(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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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

70059

L

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

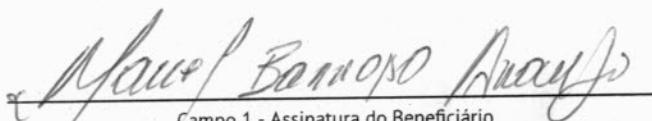
(Informar dígito se existir)

(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



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 Vítimas 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
-FRACTURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO**

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

Tratamento: OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Complicações: ESCANOMETRIA- ASSIMETRIA DO MEMBRO INFERIOR IREITO 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, DIMINUICAO DA FORCA MUSCULAR GRAU 2 NO JOELHO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO(LIMITADO A 30 GRAUS)

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (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 LOCAL SIGNIFICATIVO , NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUICAO DA FORCA 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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

Frediano Janice de Oliveira
Dr. Frediano Fonseca de Oliveira
CRM/PI - 5058
CPF - 047.547.326-42
SaudeSEG Sistema de Saúde



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

Data/Hora

21/05/2018 - 07:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

46 87 68

Município

TERESINA

Bairro

TABULETA

Endereço

AV. BARÃO DE GURGUEIA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PARADA DE ONIBUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARILENE RODRIGUES ARAUJO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1655107 PI

Mãe: ANTONIA FEITOSA RODRIGUES

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

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Nome: MARCEL BARROSO ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1510739 PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARROSO ARAUJO

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

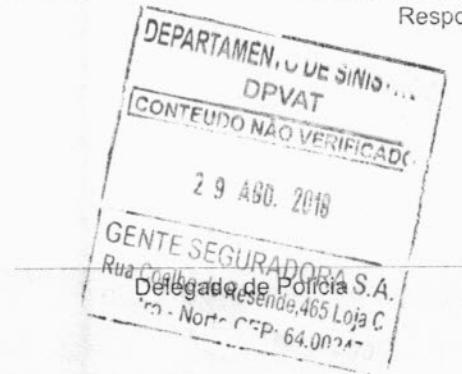
A NOTICIANTE, ESPOSA DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 110I, PLACA PIS-1639-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01136213349, PROP. DE KENNEDY ALVES DE SOUZA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO CENTRO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU 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 Borreto Aranjo

CPF da Vítima

806.474.211-00

Data do Acidente

21/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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

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: 00000070059-1

Nr. da Autenticação EE4BC0361CC9857C



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 38 3303	02 Data do chamado 21 05 00	03 PRO (código) 52899	04 Saída do PA 07 11 7	05 Chegada ao local 08 04							
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08 16	07 Chegada ao 1º hospital 08 24	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital								
Dados do Paciente	10 Endereço Bananeiras de Guaguá	11 Bairro Tabuleiro	12 Município-UF PI - PI	Código IBGE								
tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência FT											
Acidente de Transporte	14 Nome Monel Barroso Druryo	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	16 Idade 38	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Índices de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01							
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	23 Glasgow = 16							
Observações Interdisciplinar	24 Sinais vitais Pulso 82 Resp. PA 120x80 TAX. SatO2 95	25 Local da lesão 	26 Exame Físico 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input checked="" type="checkbox"/>	27 Pupilas 1 - Radial <input type="checkbox"/> 2 - Central <input type="checkbox"/> 3 - Ausente 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/>	29 Dor 	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Apoio <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Immobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) _____ c) _____ <input type="checkbox"/> Não Removido
<p><i>Pf. Motociclista motociclista 38 anos fardado bacia aberto do impacto, nítima de dor entre costela e arco, arreia coluna em jolho e "distribuição do maltrato", escoriações e orientado.</i></p>												
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	1000 1913860	Enfermeiro Condutor	Edvaldo Silva								

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. 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	04/06/2018
Anterior:	11990	03/05/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	05/07/2018
Consumo Medido:	32	Próxima Leitura: 01/06/2018
Consumo Faturado:	32	Emissão: 04/06/2018
	FCAM	Apresentação: 04/06/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código da 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					
Mês/ano consumo		DESCRIPÇÃO DA CONTA			
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 do 19/06/2018, o não pagamento pode atrasar a entrega também e inclusão do nome do consumidor na CERON. Caso tenha estudado o pagamento favor desconsiderar este aviso.			

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 6BC6.2A61.A77E.EC6B.50CE.9C12.8056.9F54					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	5,22		Base de Cálculo:		
Energia:	9,88		Aliquota ICMS:		
Transmissão:	1,55		Valor do ICMS:		
Encargos:	1,57		Valor do PIS:	0,15	
Tributos:	0,86		Valor do COFINS:	0,71	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC		FIC		DMIC	
Mensal	Prisional	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45
0,00					2,94
POLÔ		Período de Vencimento		04/2018 30,04	

ROT: 2.001.25.28.333000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO 1248186-6	TOTAL A PAGAR - R\$ 23,88
MÊS FATURADO 06/2018	VENCIMENTO 11/06/2018
Nº da Nota Fiscal: 006534230	FCAM

83640000000 3 23880017000 9 00000001248 4 18660618008 8



SEQ.: 00196 UC: 1248186-6 DT.LEIT.: 04/06/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 12022 NORMAL TOTAL: 23,88 CARGA: 004
DT.VENC.: 11/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1471

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
- Nôvelo de Resende, 465 Loja C
RJ - Rio de Janeiro - RJ - 22430-120

MAT/100 044
CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 Índice 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.

CONTAMES	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

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS 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
	FCAM	

NORMA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	310

RESUMO DE kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	208 A R\$ 0,866912 = 180,31
MAI/18	211	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,80
ABR/18	159	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,46
MAR/18	307	MULTA POR ATRASO 05/18-00	3,48
FEV/18	224	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,81
JAN/18	271	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,56	
DEZ/17	314	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,52	
NOV/17	416		
OUT/17	385		
SET/17	435		
AGO/17	353		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ A 208 - 0,590855			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 0800 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não serão cobrados juros e multas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		5A86.EF6B.D6D7.F2FC.0882.4DF3.2F19.067A	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				
Distribuição:	35,21	Base de Cálculo:	180,31	
Energia:	66,96	Aliquota 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	6,23	12,45	3,03
0,00			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 nº 9.613/98.

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

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)	(86) 3303-4104	Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 15 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Rose 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 Andrade 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 com a vítima
Marcel Barreto Araújo, cujo condutor é

Marcel Barreto Araújo

Veículo:

Modelo: Honda Biz

Ano: 2017/2018

Placa: PIS - 1639

Chassi: 9C2JC7000JR001276

Data do Acidente: 21.05.2018

Local e Data: Au. Barão de Góis Teresina, 06.06.18

Kennedy Alves de Souza
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS

Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabellaria
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665



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

FRANCISCA JULIANA UCHÔA SANTOS - Escrivente



ImagenPlena

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

RESONÂNCIA 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 quadriceps 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



ImagenPlena

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

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

Dr. Bruno Freire
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PI 4245/TEOT: 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: hmmedrio@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 epimetadiáfisária da tíbia, sem nítido sinal de sutura de seus componentes.
- Redução dos espaços articulares fêmoro-tibiais.
- Fratura consolidada na região metafísaria distal da tíbia.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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



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
Philips - Meditech... Ver pos: AP
< 4 - 1 >
0kV
Técnico Principal

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



C 6217
L 14908

C 6903
L 13418

Marcel Barroso Araujo
124365
24/07/1979

1 / 1
Hospital Name

Carestream



CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

Obs: Paciente tem um encurtamento de 0,8 cm da perna esquerda

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE GINÍSTROS
UFPI
CONTROLE NÃO VERIFICADO
06 JUN. 2019
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaramos que Marcel Barroso Araújo, foi vítima de acidente de trânsito foto ocorrido em 21.05.2018 às 7:20 HS. Neste sofreu forte trauma na MIE. Cursando colete fraturado plato tubular perna e esquerda, onde foi tratado cirurgicamente através de osteosíntese complementar com fixação óssea. Com o acto definitivo, o paciente entrou para o tratamento por 90 dias, referindo colete sequela forte, limitando os movimentos circunscritos, com redução de 25% da articulação do joelho, com comprometimento funcional de 95%.

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

Expedido

20.12.18

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 tibia, com extensão ao platô tibial
- Irregularidade óssea com formação de calo ósseo por fratura prévia consolidada em diáfise distal da tibia 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) 21071616

Hospital Unimed Ilhotas
Rua Monsenhor Gil, 3330
64001-140 - Ilhotas - Teresina - PI
T. (86) 21078686

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, láminas e articulações interapofisárias sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Asuência de alterações radiológicas significativas.



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

LIVIO WILLIAM SALES PARENTE FILHO
CRM 2271

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



Hospital Unimed Ilhota

Rua Monsenhor Gil, 1
64001-140 - Ilhotas - Teresina
T. (86) 2107.8888

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



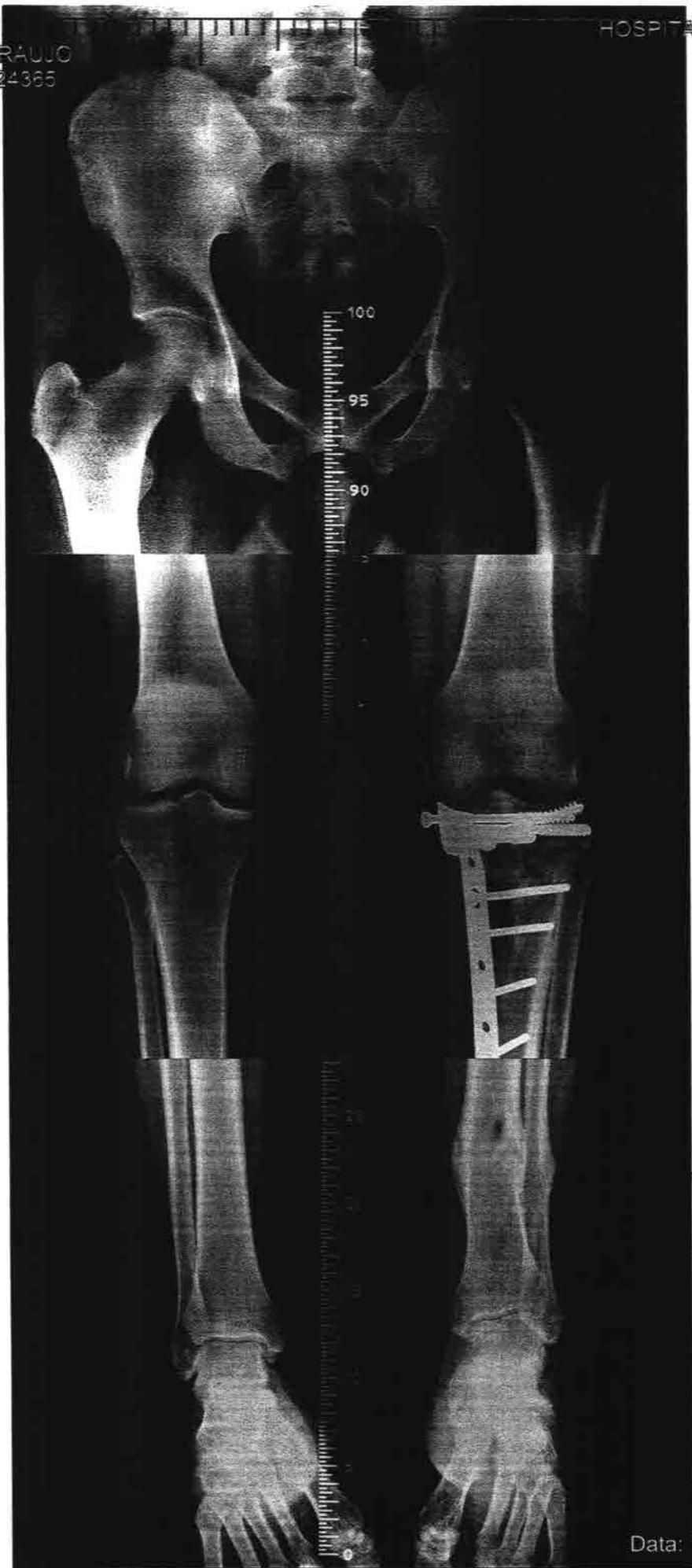
WC: 7296
WW: 10624

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

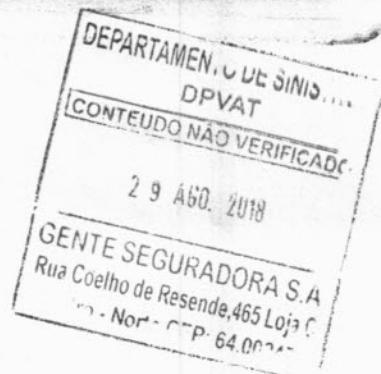
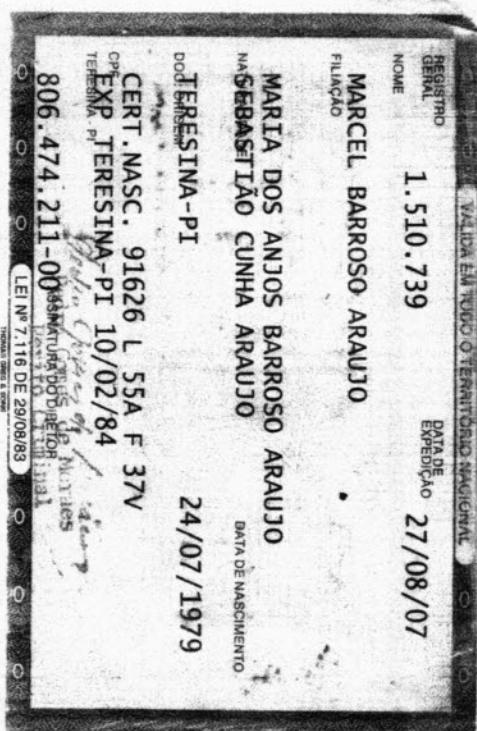
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

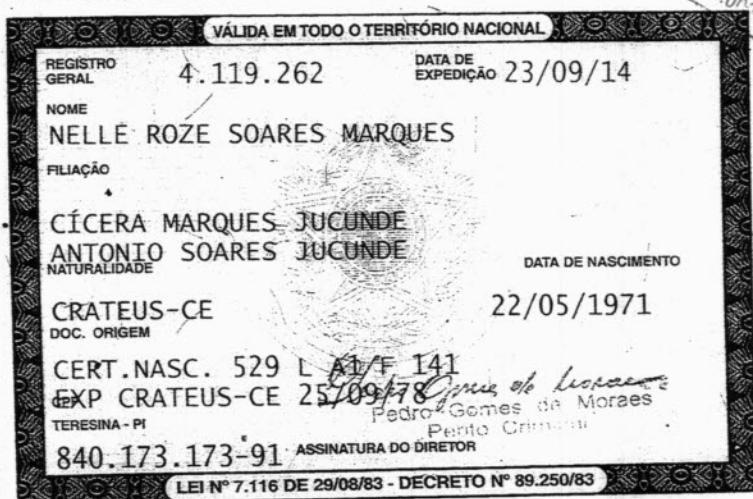
04 JAN. 2019

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





Eu Manoel Zanotto Araújo RG. 3510.739
CPF 806 474 211-00 Resido na Rua Lipete Sales
Ribeiro Bairro portal da Alegria Teresina - PI
Afinho que Sofri um acidente de Transito no
dia 21/05/2018 onde fui fraturado Plafon
Tibial onde foi colocado placas e parafusos
eu não Aceito o valor que vocês liberaram
Sem Pericolo Pois fiquei com perda de
movimento de 80% do joelho esquerdo
com perda do equilibrio com uso de
moletons por tempo indeterminado, pon
 isso pelo que vocês liberaram uma pericolo
Para mim. Ese aguadeço.

Teresina Piauí 37/09/2018



→ Manoel Zanotto Araújo

Eu marcel Barros Araújo RG. 1510739
CPF: 806.474.211-00 Resido na Rua Lisete
Sales Ribeiro Bairro portal da Alegria
Teresina Piauí. Afirmo que sofreu um
acidente de trânsito dia 21/05/18. onde
tive fratura do platô fibial, colocado
placas e parafusos, hoje mim encontro
com a perna dura não movimenta o
joelho esquerdo já fiz 80 sessões de
fisioterapia e ainda não tive melhora.
interrompi meu tratamento, recebi alta
definitiva, ficando com perda de
movimento de 95% do joelho e com
uso de muletas por tempo indeterminado
e perdi 0,8 centímetro da perna e
não aceito aquele valor de 1.687,00
sem pericias, eu preciso ser periciado
pra o médico ver minha situação.
não tenho firmeza na perna. fico no
aguardo.

Teresina 21/12/18.

Marcel Barros 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 DIAGNÓSTICO, 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 FORCA 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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: marcel Barroso Araujo
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 1510739
CPF: 806.474.211-00
Profissão: motorista
Endereço: R.S. Torquato Neto II s/n QD 07 casa 06 esplanada
CEP: 64.039.556
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Monques.
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso - me
Endereço: Rua 24 de Janeiro 544 centro norte
CEP: 64.000-235
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: marcel Barroso Araujo

 Teresina - Piauí, 31 de julho de 2019

Local e data

Marcel Barroso Araujo

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório
Themistocles
Sampaio
3º Ofício de Notas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriothemistocles.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: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABG-87357 (F80F157)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Nota
Registro Judicial
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABG-87357

3º Ofício de Notas
Anatália Sampaio
Tabelia
ABG-87357
3221-7886

Tabelia

Escrevente autorizado

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

MARCEL BARROSO
ARAUJO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 19/09/2018

Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES

CPF: 840.173.173-91

Data do cadastramento: 19/09/2018

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa

CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa