

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:

30/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000020936-8

Nr. da Autenticação BB5A01327DBA2554

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Marcelo Gomes dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Amaral, S/N
Valadao Macau RN CEP: 59500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.630.678
Data local do exame: [28/04/2015] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

ACIDENTE DE MOTO - TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NÍVEL DE HALUX DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SOFREU ACIDENTE E FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE MACAU/RN ONDE FOI REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NÍVEL DO HALUX DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DIFICULDADE PARA EXTENSÃO DO HALUX A DIREITA, FERIMENTO NO HALUX ESTA CICATRIZADO E SEM SINAIS INFECCIOSOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES DO PÉ DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

HALUX DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

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

Uraí de Oliveira

**DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315**

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2015

Carta nº: 6915018

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923
Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS
Data Acidente: 20/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 000000020936-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.012,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.012,50

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcelo Gomes dos Santos, portador da carteira de identidade nº 002630678 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.083084-09, residente e domiciliado na Rua João Amaral nº 40, Valadares, Cidade Maceo, Estado Rio Grande do Norte, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

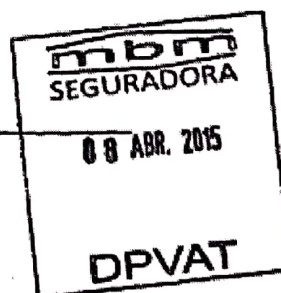
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Gomes dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maceo 05/03/2015

Local e data



2012年12月22日

DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2015

Carta n°: 6826973

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923
Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS
Data Acidente: 20/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 002.630.678 DATA DE EMISSÃO: 13/03/2008

NOME: MARCELO GOMES DOS SANTOS

FILIAÇÃO: FRANCISCO DAS CHAGAS DOS SANTOS
MARIA MARTA DE SOUSA SANTOS

MUNICÍPIO: MOSSORÓ RN DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1986

EXL. CIVIL: CERT. DE NASCIMENTO L-A-118 F-222 RG-37803
MOSSORÓ RN-2 CARTÓRIO

CNPJ: 073.063.084-09

2a. VIA

ASSINATURA: [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

FOLHA DIREITA

[Assinatura]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

mbm
SEGURADORA

08 ABR. 2015

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 075.083.084-09

Nome da Pessoa Física: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Situação Cadastral: REGULAR

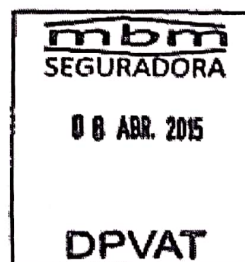
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:28:21 do dia 08/04/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 140A.D3CE.0A30.371F

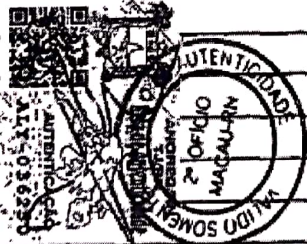
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

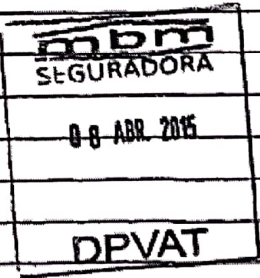
Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA TEVE QUE VIRAR DO CORPO QUE; JÁ PROXIMO A SUA RESIDÊNCIA O MESMO FOI ATINGIDO DE FRENTE POR CULPA HATER QUAT SOM EAS ATER VELOCIDADE DE QUIN TUA QUE FICA PROXIMO A SUA RESIDENCIA. A MOTO ATINGIU A VÍTIMA EM CHEIO, QUE; O MESMO FOI TROCANO ENLAINA DE SUA OXIGNO, TENDO UMA PERFURACAO NO PE.





NP POLÍCIA

ASSINATURA

RECEBI AS PESSOAS CONDUZIDAS E MATERIAIS CUSTODIADOS	DATA 27-01-57	MATRÍCULA 111022	CARGO Fm Am
--	---------------	------------------	-------------



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL ANTONIO FERRAZ

AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3521-1418



DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Marechal Gomes da Silva		
ENDEREÇO:	R. João de Deus, 40	IDADE:	28
DATA DE ATENDIMENTO:	28.01.15	SEXO:	M
NATURALIDADE:	-	RG:	-
CARTÃO SUS:	-	CPF:	-
NOME DO RECEPCIONISTA:	Daniela	HORÁRIO ENTRADA:	14:30

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:

P: 90/60

TEMPERATURA:

PESO:

QUEIXA PRINCIPAL

Acidente de Moto

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS () CIRURGIA ()
DM () FRATURAS ()
TP () EPILEPSIA ()
EV () DSTs ()

HISTÓRICO FAMILIAR

HAS () EPILEPSIA ()
DM () CA ()
TP () TABAGISTA ()

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

INSS
SEGURADORA

08 ABR. 2015

NAM

NOME DO ENFERMEIRO

DPVAT

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Esten. cardíaca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente recebeu
medicações.

O Voltapex 750mg
O Bepotel 1000mg

OUTRAS OBSERVAÇÕES MÉDICAS