

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150312923

Cidade: Macau

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Data do acidente: 20/01/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NÍVEL DE HALUX DIREITO

Descrição do exame médico pericial: 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

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NÍVEL DO HALUX DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM HALUX DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





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



87

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Marechal Gonses da Silva		
ENDERECO:	R. João Antônio de Lencastre	IDADE:	28 anos
DATA DE ATENDIMENTO:	Set. 11. 15	SEXO:	M
NATURALIDADE:	-	RG:	-
CARTÃO SUS:	-	CPF:	-
NOME DO RECEPCIONISTA:	Daniela	HORÁRIO ENTRADA:	14:30

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:

PA: 90/60	TEMPERATURA:	PESO:
-----------	--------------	-------

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de Moto

HISTÓRIA PREGRESSA

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

HISTÓRICO FAMILIAR

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

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO	INSS SEGURODORA
NAM	08 ABR. 2015

NOME DO ENFERMEIRO

CONSULTA MÉDICA	DPVAT
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	

Esten. Pé direito

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente recebeu medicação.

O Voltapex 750mg

2 Bexar 1000mg

OUTRAS OBSERVAÇÕES MÉDICAS

**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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(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 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 (Seqüela):

HALUX DIREITO

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 002.630.678 DATA DE EMISSÃO: 13/05/2008

NOME: MARCELO GOMES DOS SANTOS

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

NAT. RACIALE: MOSSORO RN DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1986

CERT. DE NASCIMENTO L-A-118 F-222 RG-37803
MOSSORO RN-2 CARTÓRIO

CPF: 075.083.084-05

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

FOTO: [Fotografia]

FOTO: [Fotografia]

PORT CARTEIRO

ASSINATURA: [Assinatura]

ASSINATURA ADICIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

mbm
SEGURODORA

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

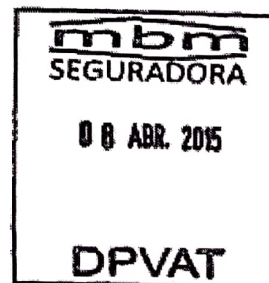
Nome da Pessoa Física: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito 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.



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2015

Carta nº: 6915018

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923
Vitima: 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



Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2015

Carta nº: 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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcelo Gomes dos Santos, portador da carteira de identidade nº 002.630.678 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.083.084-09, residente e domiciliado na Rua João Amaral nº 40, Valadares, Cidade Maceió, Estado Alagoas, 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

Maceió, 05/03/2015

Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN DETRACEN Nº 211005337844
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. - CATEGORIA: 01 - VEÍCULO DE PASSADOURA
2. - COR: PRATA
3. - ANO: 2010

4. - MARCA: FIAT
5. - MODELO: UNICA

6. - PLACA: 00000000000000000000
7. - DATA DE EMISSÃO: 23/03/2010

8. - VALOR DO IPTU: 00000000000000000000
9. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

10. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
11. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

12. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
13. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

14. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
15. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

16. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
17. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

18. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
19. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

20. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
21. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

22. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
23. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

24. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
25. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

26. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
27. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

28. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
29. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

30. - VALOR DO ICMS: 00000000000000000000
31. - VALOR DO IPI: 00000000000000000000

RN Nº 211005337844 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurado.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1214

DATA DE EMISSÃO: 23/03/2010

PLACA: 00000000000000000000

RENAULT: 00000000000000000000

MODELO: UNICA

PRÊMIO TAFANIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA

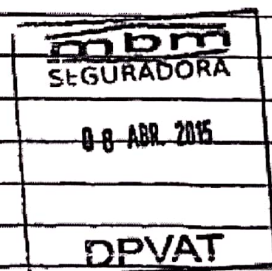
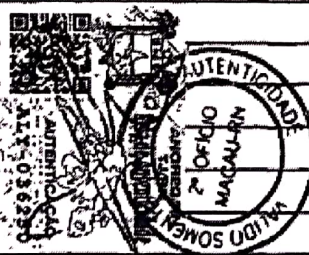
SEGURADORA LIDER - DPVAT

mbm
SEGURADORA
08 ABR 2015
DPVAT

POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE									
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA									
I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA									
Nº RO:	221	DATA:	20/01/15	VTR	4º	HORA TRANS.	7 HORA L.	HORA	10:30
CODIGO		DESCRICO	ACIDENTE DE TRÂNSITO						
ENDERECO	RUA: JOAO AMARAL Nº 40								CEP: 57000-000
II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA									
(16) ENVOLVIDO 1	☐ ACUSADO	NOME	MARCELO GOMES DOS SANTOS			11 SEXO	M	12 IDADE	20
	☒ VÍTIMA	25 NATURALIDADE	MOCORO-TN			13 O. EXPEDIDOR	SSP	14 PROFISSÃO	GRUPO
	☐ TESTEMUNHA	ENDERECO	RUA: JOAO AMARAL Nº 40						
	☐	PAI	FRANCISCO DOS CUNHAS DOS SANTOS			MÃE: MARIA MARTA DE SOUSA SANTOS			
	☐								
(17) ENVOLVIDO 2	☐ ACUSADO	NOME				16 SEXO	M	17 IDADE	
	☐ VÍTIMA	26 NATURALIDADE				18 O. EXPEDIDOR		19 PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	ENDERECO							
	☐	PAI				MÃE			
	☐								
(24) ENVOLVIDO 3	☐ ACUSADO	NOME				25 SEXO	M	26 IDADE	
	☐ VÍTIMA	28 NATURALIDADE				27 O. EXPEDIDOR		28 PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	ENDERECO							
	☐	PAI				MÃE			
	☐								
(31) ENVOLVIDO 4	☐ ACUSADO	NOME				32 SEXO	M	33 IDADE	
	☐ VÍTIMA	35 NATURALIDADE				34 O. EXPEDIDOR		35 PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	ENDERECO							
	☐	PAI				MÃE			
	☐								

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA TRÊS QUE VINDA DO TRABALHO QUE, JÁ PROXIMO A SUA RESIDÊNCIA O MESMO FOI ATINGIDO DE FRENTE POR CUMPRIR HAVIA UM CARRO EM ALTA VELOCIDADE DE UM TRUQUE QUE FICOU PROXIMO A SUA RESIDÊNCIA. A MOTO ATINGIU A VÍTIMA EM CHEIO, QUE, O MESMO FOI SENDO ENLUTADO DE SUAS OBRIGADO, SENDO UMA PERFURADA NO PE.



Nº POLÍCIA _____ ASSINATURA _____

IV - DESCRIÇÃO DE RECIBO DOS MATERIAIS CUSTODIADOS / RECOLHIDOS

RECEBI AS PESSOAS CONCUZIDAS E MATERIAIS CUSTODIADOS NESTE RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA DATA: 20-01-15 MATRÍCULA: 1111122 CARGO: PM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
VIA DEPARTAMENTO DE DOCUMENTAÇÃO
TRU 41
1003 NUNES C. FORTES
COORDENADOR DE DOCUMENTAÇÃO
MAR/2015

CERTIFICADO QUE A PRESENTE CÓPIA É
A REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOU FE

06 MAR. 2015

MAR/2015 / RN

VALORADO EM 06 MAR. 2015