



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos SantosRG nº 5896.1825, data de expedição 26/10/89, Órgão SSP-PRCPF nº 773.414.309-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Setentrional</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014Assinatura do Declarante: Gilmar Pereira dos Santos**EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:****(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.**

**BOA VISTA ENERGIA SA**  
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSCR. EST. 24.007.022-3  
NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE B-1 000039074  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 06/08

**CLIENTE: DIRCE SGOBERO**  
**ENDEREÇO: R. SETENTRIONAL 256 EQUATORIAL**  
**END. ENTR.: LOCALIDADE BOA VISTA CEP: 69.317-378**  
**CNPJ / CPF: 000039074 / 000039074**

**DADOS SOBRE LEITURA**

Leitura Atual:	7011	Data da Leitura Atual:	16/12/2013
Leitura Anterior:	6654	Data da Leitura Anterior:	14/11/2013
Consumo Medido:	357	Data da Próxima Leitura:	16/01/2014
Consumo Faturado:	357	Data da Emissão:	16/12/2013
Constante da Multiplicação:	1	Data da Apresentação:	16/12/2013
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Número de dígitos de Leitura:	5		

**CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA**

Classe	Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO	E2739423			1.4.1.1	337

**ROTEIRO: 007.001.28.06.155500**

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO
NOV/13	335	OUT/13	359	SET/13	339	AGO/13	302
JUL/13	307	JUN/13	333	MAI/13	314	ABR/13	370

**ITENS FATURADOS**

<b>TARIFA SEM TRIBUTOS:</b>	<b>CONSUMO</b>
10 A 30 - 0,086650	30 A R\$ 0,107880 = 3,23
31 A 100 - 0,148550	70 A R\$ 0,184946 = 12,94
101 A 220 - 0,222820	120 A R\$ 0,277413 = 33,28
221 A 357 - 0,247580	137 A R\$ 0,308239 = 42,22
	<b>DEVOLUÇÃO RES. 395/09 10/13 - 3,77</b>
	<b>ILUMINAÇÃO PÚBLICA 10,13</b>

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estão com bandeira vermelha. Em 2014 haverá acréscimo de R\$ 0,838 por kWh. Dúvidas: www.aneel.gov.br.

Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.2BAD.1688.3382.5D8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA		DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS		Vencimento
Distribuição:	33,82	Base de Cálculo:	91,67	16/01/2014
Energia:	34,90	Alíquota ICMS:	17,00%	
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,58	
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,43	Valor a Pagar R\$
Tributos:	18,02	Valor do COFINS:	2,01	98,03

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MESES	TRIMESTRAL	ANUAL	MESES	TRIMESTRAL	ANUAL	MESES	MESES
LIMITE	5,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	10,60			9,00			1,98	
CONJUNTO:	DISTRITO						PERÍODO DE APURAÇÃO: 10/2013	EUSD: 27,42

**REAVISO DE VENCIMENTO**

**ÁREA DE MENSAGEM**  
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO QG DA 1 BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA. REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR. TARIFA: REAJUSTE MÉDIO - 16,83. RES ANEEL 1.648 DE 29/10/2013. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

**ROTEIRO: 007.001.28.06.155500**

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

**BOA VISTA ENERGIA SA**  
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSCR. EST. 24.007.022-3

**CÓDIGO ÚNICO**  
**108206-0**

**TOTAL A PAGAR - R\$**  
**98,03**

**Mês Faturado**  
**12/2013**

**Vencimento**  
**16/01/2014**

836500000000 2 980300750000 0 00000000108 1 20601213008 7

**INVESTPREV**  
**30 JAN. 2014**

# 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

Sinistro: **2014078384 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SETENTRIONAL nº 256 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 58961825 - SSP**  
Data local do exame: **17/02/2014 BOA VISTA/RR**

### 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)

**CONTUSAO DO OMBRO DIREITO**  
**CONTUSAO DO JOELHO DIREITO**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA**

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

☒ 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.

**LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO**  
**LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO**

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)

**OMBRO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

**JOELHO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**RR - BOA VISTA, 17/02/2014**

**Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM**

**Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

  
Julio Cezar F. de Queiroz  
Médico  
CRM 2678-AM

  
Dra. Dorez M. B. C. Mendes  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional



Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Hospital Geral de Roraima

Paciente: 00232042 - GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos

Doc.: Sexo: Masculino Natural: NAO INFORMADO RACIA: Branco

Pai: Mãe: APOLINA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256 Bairro: CRUVIANA J

Município: BOA VISTA-RR Pólo: 01000406

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Data Atendimento: 23/04/2012 - 18:16

TRIAGEM (Hora: ) PA: / (mm/seg) / Temp.: (°C)

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE (HORA DA CONSULTA: )

Paciente vítima de acidente de moto, lesões, orateles. Glasgow 15 pontos de des - Hematoma 2 - Ferimento

EXAME FISICO

Peso: 70 kg - 1,75 m - FC 80 bpm

Força: +

Abdomen: +

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

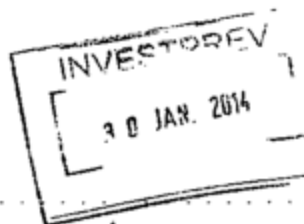
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

DOCUMENTACAO MEDICA HOSPITALAR

10040



PRESCRIÇÃO



ENFERMAGEM

1 Dipirona 2g EV  
2/ Analg 2 40g EV

Jr. Marlon Krubnik de Matto:  
UROLOGISTA - TISSU  
PRIMEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n  
Novo Planalto - Tel.: 2121-0636

26 DEZ 2013

Certifico e Dou Fé que a Presente  
Cópia é Fiel Reprodução do Original  
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.: E. Hon. de S. B.

ALTA: DATA / /

HORA: /

DESTINO: ( ) DOMICILIO ( ) OBITO ( ) INTERNACAO ( ) TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo médico responsável

Guia 12049124 registrada por LKIDY

Ass. Paciente ou Responsável

# 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: 26/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000069182-8

---

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5896.182-5 EXPEDIDO POR SSP-PR EM 26/10/89 E  
 CPF 003414309-05 /CNPJ 000000000-00000000. PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilmar P. dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO 001 AGÊNCIA 02504 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE 69.182-8

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Boa Vista - RR DATA 15/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Gilmar Pereira dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESPECIALIZADA - DPE**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT**

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: **305 / 2014** Registrado no dia: **15/01/2014** às **10:07:00**

<b>COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</b>		CPF: 773.414.309-15
RG: 5896182-5	O. EXPEDIDOR: SSP/RR	DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969
CNH:	NATURALIDADE: URANDI	UF: BA
NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS	ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL	
LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL	NOME DO PAI: NAO DECLARADO	
CIDADE: BOA VISTA	Nº 256	BAIRRO: EQUATORIAL
GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO	ESTADO: RR	
TELEFONE:	PROFISSÃO: SERV. GERAIS	
	CELULAR:	

Senhor Delegado, venho a presença de Vossa Senhoria comunicar que por volta de **18:00:00**

do dia **23/04/2012** no Bairro: **PRICUMA** à **AV. MARIO H. MELO** aconteceu o seguinte fato:

**RELATO**

QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO DIA, HORA E LOCAL INDICADO QUANDO FOI "FECHADO" POR UM OUTRO VEÍCULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO CHÃO. QUE SOFREU LESÕES CORPORAIS. QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. QUE FAZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DO SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004026\*



30 JAN. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS  
 VEICULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietário
Veiculo 1 NAJ-5867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: O Comunicante, vítima de Lesão Corporal, terá o prazo de até 6(seis) meses para representar criminalmente contra o Autor do Fato, a contar da data do fato(PRAZO DECADENCIAL)

DIGITADOR  
 INSCRIÇÃO 09

*Gilmar Pereira dos Santos*  
**GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**  
 Comunicante

Boa Vista - RR, 15 de Janeiro de 2014

**Despacho(s) da Autoridade Policial:**

- ( ) Fato Atípico. ARQUIVE-SE;  
 ( ) Aguarde-se Representação Criminal;  
 ( ) Aguarde-se novos fatos...  
 ( ) Intime-se o Comunicante  
 ( ) TCO, pelo crime previsto no Art. \_\_\_\_\_ do CTB;  
 ( ) A(o) \_\_\_\_\_, para providências;  
 ( ) Sumário(s) de CNH e/ou Veículo(s) envolvido(s);  
 ( ) Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.

( ) Outras Providências:

Delegado de Polícia





## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	5.896.182-5	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/10/1989
NOME			
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS			
FILIAÇÃO			
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			
NATURALIDADE	URANDI/BA	DATA DE NASCIMENTO	09/07/1969
D.O.C. ORIGEM COMARCA=URANDI/BA, DA SEDE			
C.NASC 6085, LIVRO=A19, FOLHA=17			
CPF 773.414.309-15			
CURITIBA-PR			
ASSINATURA DO DIRETOR: Douglas Haquin			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL -	
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ	
 POL. EGAR DIREITO	
Gilmar P. dos Santos ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

INVESTPREV

30 JAN. 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilmar Pereira dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5896.182-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 773.414.309-15, residente e domiciliado na R. Setembrinal, 256, Equatorial, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 résido 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.

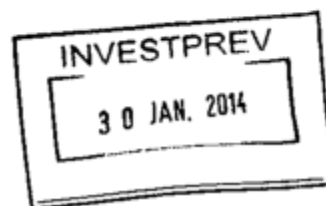
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



Gilmar Pereira dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Boa Vista - 15.01.2014

Local e data

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014078384**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GILMAR PEREIRA  
DOS SANTOS**Data do acidente:** 23/04/2012**Emissor do  
parecer:** Tatiane  
dos  
Santos**Seguradora:** Investprev  
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387

## PARECER

**Data da análise:** 11/02/2014**Valoração do** 0,00**IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados TTO CONSERVADOR  
terapêuticos:****Sequelas  
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do RJ  
médico:**

## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014078384**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**Data do acidente:** 23/04/2012**Emissor do parecer:** Suelen Rodrigues Nogueira**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 2678

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSAO DO OMBRO DIREITO CONTUSAO DO JOELHO DIREITO**Descrição do exame médico pericial:** LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO**Resultados terapêuticos:** TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 17/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ**UF do CRM do médico:** AM

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 3.375,00