



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos Santos,

RG nº 5896.182-5, data de expedição 26/10/89, Órgão SSP-PR,

CPF nº 773.414.309-15, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Sentençional</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 - 15.01.2014

Assinatura do Declarante:

Gilmar Pereira dos Santos

EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:

(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.



Eletrobras
Distribuição Roraima

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

Número N.F.

CÓDIGO ÚNICO

108206-0

Para contato com a
Eletrobras, informe
este código:



Ref.: Mês/Año

DEZEMBRO/2013

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 INSCR. EST. 24.007.072-3
NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE B-1 000039074
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 05/98

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

DADOS SOBRE LEITURA

Lectura Atual:	7011	Data da Lectura Atual:	16/12/2013
Lectura Anterior:	6654	Data da Lectura Anterior:	14/11/2013
Consumo Medido:	357	Data da Próxima Lectura:	16/01/2014
Consumo Futuro:	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	Único	Número Medidor	Pode	Código Faz.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	HONO	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

TARIFA SEM TRIBUTOS:	CONSUMO	30 A R\$ 0,107880 =	3,23
10 A 30 - 0,086550	70 A R\$ 0,184946 =	12,94	
31 A 100 - 0,148550	120 A R\$ 0,277413 =	33,28	
101 A 220 - 0,222220	137 A R\$ 0,306239 =	42,22	
221 A 357 - 0,247500	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 10/13 -	3,77	
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,13	

Eletrobras

Distribuição Roraima

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Consulte com bandeira vermelha. Em 2014 vislumbrar acréscimo de R\$ 0,030 por kWh. Duvidas: www.aneel.gov.br.

Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.ZBAD.1688.3382.SD8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA

	DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS		
Distribuição:	33,82	Base de Cálculo:	91,67
Energia:	34,90	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,58
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,43
Tributos:	18,02	Valor do COFINS:	2,01

Vencimento -

16/01/2014

Valor a Pagar R\$

98,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	MENSAL	MENSAL	MENSAL
LIMITE	6,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71			
REALIZADO	10,80			9,00			1,98			
CONJUNTO	DISTRITO						PÉRIODO DE APURAÇÃO:	16/2013	EUSD:	27,42

REAVISO DE VENCIMENTO

INVESTPREV
30 JAN. 2014

ÁREA DE MENSAGEM

RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO OG 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

CÓDIGO ÚNICO

108206-0

TOTAL A PAGAR - R\$

98,03

Mês Faturado

12/2013

Vencimento

16/01/2014

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 INSCR. EST. 24.007.072-3

83650000000 2 98030075000 0 00000000108 1 20601213008 7

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

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 complicações.

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

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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)

OMBRO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

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 encarceramento 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

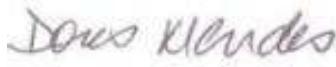
Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890



Julio Cesar Furtado de Queiroz
CRM: 2678/AM

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



Assinatura do perito revisor - CRM

Assinatura do perito examinador - CRM

Hospital Geral de Roraima
Paciente: 00232042-GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos CNS:
Doc.: Sexo: Basônimo Natural: NAO INFORMADO Rel. Civil: Casado
Pai: Nome: APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256 Endereço: CRUZ LANA 3
Município: BOA VISTA-RR Pode: SIM/NAO

ATENDIMENTO: 12049124
EMERGENCIA: DIURNO: 021
V.s.v
V.v
V.v

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Data Atendimento: 23/04/2012 - 13:16

TRIAGEM (Horas): 3 PAE: / Caudal: 1 Vaginal: 0

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE: CHORA DA CONSULTA

Post Vida d'água 2 mto, braco, scratch. Glasgow 15 quando
chegou a emergencia (Feminino)

EXAME FÍSICO: Peculiaridades: 13-19 FCB 80 kg -

foras - P

Abaixo:

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

10040



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

PREScriçAO

1/ Dipirona 2g EV
2/ fribol 2 30g EV

X. Marlon Krubnik de Matos
UROLOGISTA - TSBU
CPMER 132



Hospital Geral de Roraima

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

26 DEZ 2013

Certifico e Dou Fiel que a Presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass.: Elton da Silva

ALTA: DATA / / HORA / /
DESTINO: DOMICÍLIO OBETTO INTERNACAO TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo medico responsável
Guia 12049124 registrada por EDI

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: 00000069182-8

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B



Seguradora Lider - 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 N° **5896.182-5** EXPEDIDO POR **SSP-PR** EM **26/10/89**CPF **443414309-05** /CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO _____

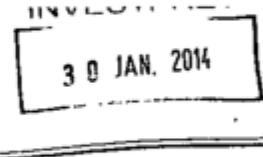
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

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);

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 **02502** (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 _____

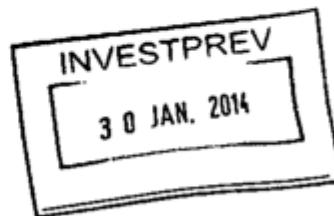
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL **Boa Vista - RR** DATA **15/05/14**

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 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**

COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

RG: 5896182-5

O.EXPEDIDOR: SSP/RR

DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969

SEXO: M

CNH:

NATURALIDADE: URANDI

UF: BA

ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL

NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

NOME DO PAI: NAO DECLARADO

LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL

Nº 256

BAIRRO:EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO

PROFISSÃO: SERV. GERAIS

TELEFONE:

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
VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietário
Veículo 1 NAJ-3867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: 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;

Outras Providências:

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);

Delegado de Policia

Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GENAL 5.896.182-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/1989

NOME GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

FUNÇÃO

ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE: URANDI/BA DATA DE NASCIMENTO 09/07/1969

DADO DE ORIGEM COMARCA=URANDI/BA, DA SEDE C.NASC 6085, LIVRO=A19, FOLHA=17

CPF 773.414.309-15

CURITIBA-PR

ASSINATURA DO DIRETOR: Bet. Douglas Haquin

LEI N° 7.116 DE 29/08/93



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. S. Etentrional, 256, 8º andar, 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 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.

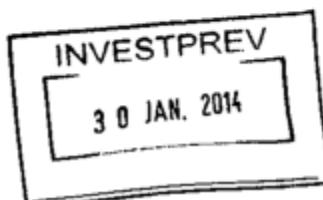
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



x 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 Jardim 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**Valorização do IML:**

0,00

Perícia médica: Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados terapêuticos:**
TTO CONSERVADOR**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 médico:** RJ**DANOS****Dano****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

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 EXTENSAO 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:

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