

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, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200382660

Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO SERGIO DA CONCEICAO

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros

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: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000010684-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

053.898.123-79 Mauro Sergio da Conceição

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Mauro Sergio da Conceição

6 - CPF:

053.898.123-79

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 5-33

9 - Número:

1491

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Senador Helio Campos

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-606

15 - E-mail:

ILOIRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95) 38404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 10684

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 15/10/2020.

Mauro Sergio da Conceição

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00032421/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2020 16:02:02 Data/Hora Fim: 21/10/2020 16:21:28

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/04/2019 04:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Lago da Pedra (MA)

Bairro: Vila santa

Logradouro: Av Roseana Sarney

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAURO SERGIO DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 29/10/1990 Idade 29

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Bom Lugar - MA

Nome da Mãe: Maria Arlene da Conceição

Documento(s)

RG: 500978-2

CPF: 053.898.123-79

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rUA S 33

Nº: 1491

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 98120-5101 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 745.215.193-34

Placa HPX3419

Renavam 00854705023

Número do Motor JC30E14102671

Número do Chassi 9C2JC30104R102671

Ano/Modelo Fabricação 2004/2004

Cor PRETA

UF Veículo MA

Município Veículo Lago da Pedra

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1,00 Unidade

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 21/09/2019

Situação do Veículo

ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00032421/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Mauro Sergio da Conceição	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que estava indo da casa do irmão dele pro mercado por volta das 4:45 da manhã, na avenida Roseana Sarney, bairro Vila Santa, próximo ao hospital Serra de Castro na cidade de lago da pedra MARANHÃO, a avenida estava muito escura e foi quando ele bateu no canteiro e caiu, daí só acordou no hospital. Era o que tinha a informar

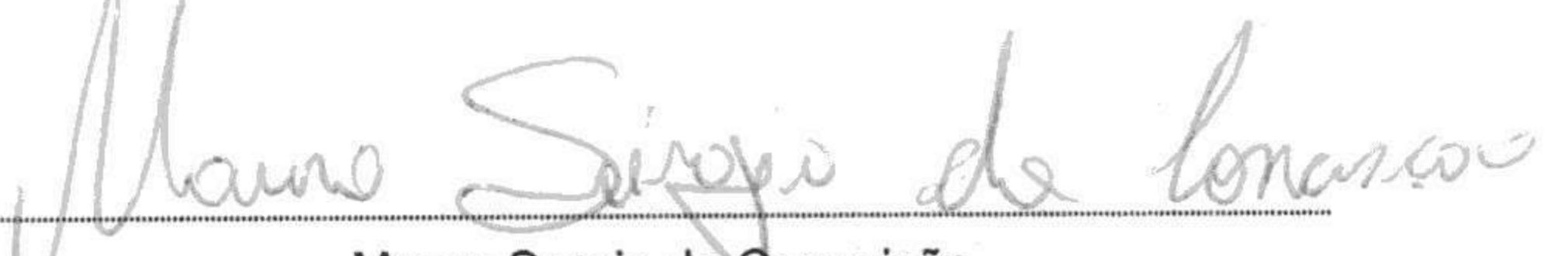
ASSINATURAS



Carlos Alberto Valerio da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 0712925

Responsável pelo Atendimento



Mauro Sergio da Conceição

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 09/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000010684-0

Nr. da Autenticação 50628B3B717E2E94

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6161130

MARIA ARLENE DA CONCEICAO

R. S 33, 1491 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316606 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 871737	MÊS 10/2020	PERÍODO DE CONSUMO 09-SEP-20 a 08-OCT-20
CONSUMO (kWh) 360	VENCIMENTO 11-NOV-20	TOTAL A PAGAR R\$ 316,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 871737	MÊS 10/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 316,53
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000032.165300750008.000000000877.173710200051





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

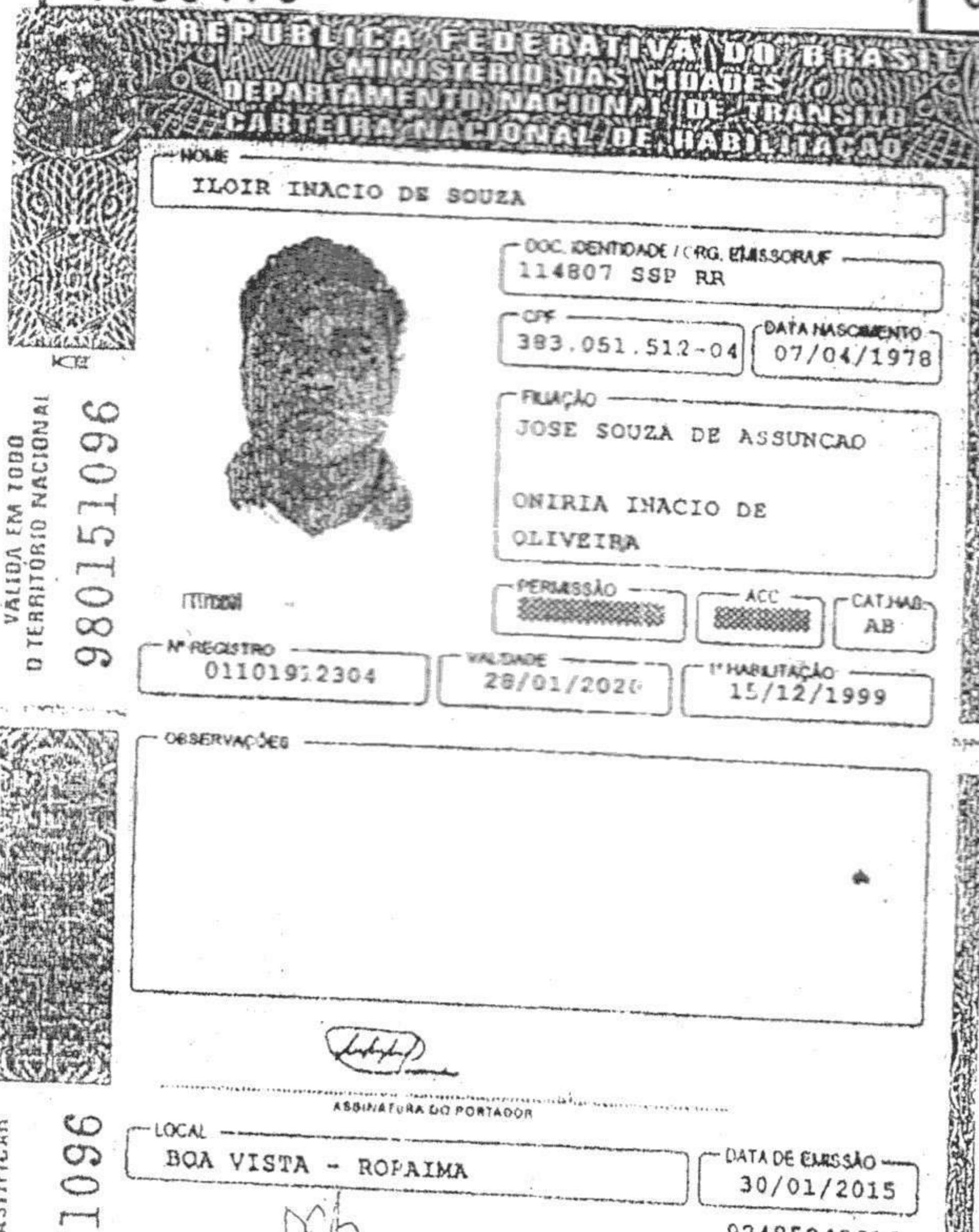
1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvíndia: 0800 021 91 35

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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauri Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mauri Sergio da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.898.123 / 79,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mauri Sergio da Conceição,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.898.123 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

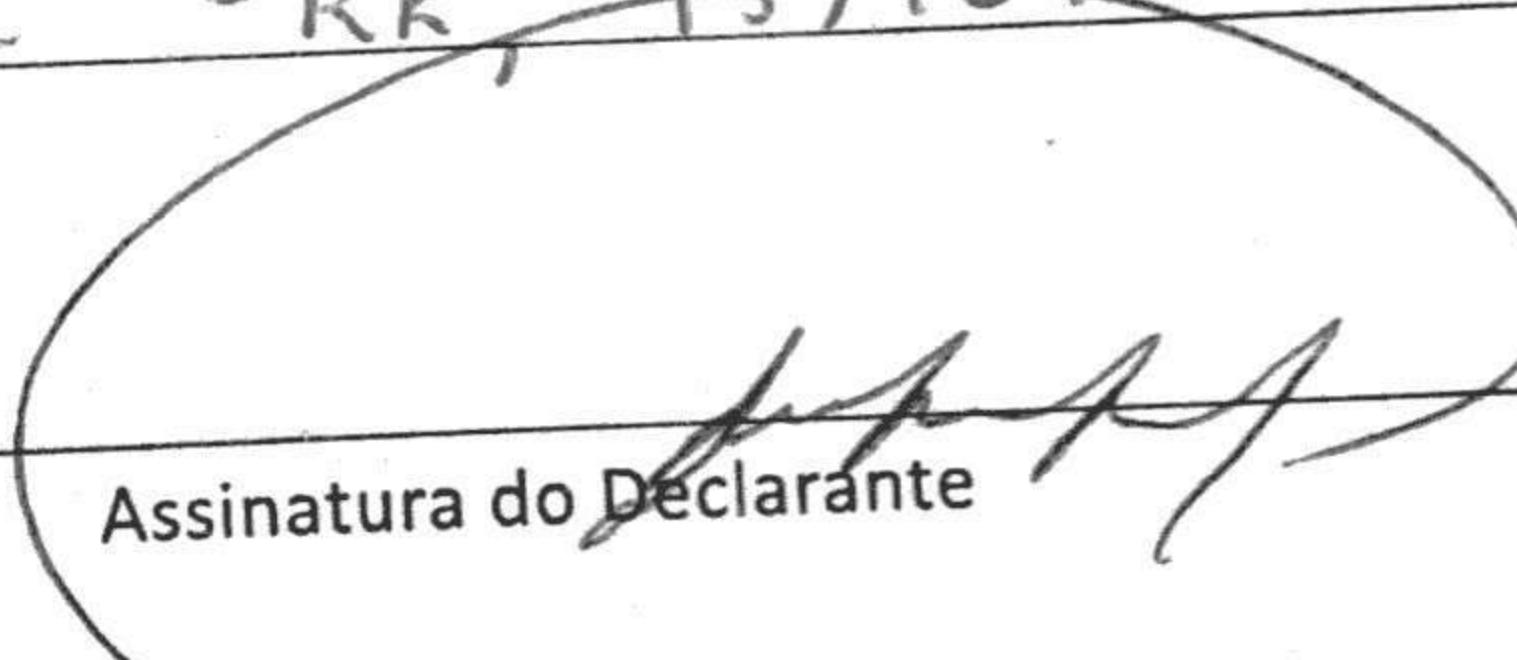
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	<u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309 - 205</u>
E-mail:	<u>ILOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/10/2020

Assinatura do Declarante 



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGO DA PEDRA
GOVERNO DA GENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL PROF. SERRA DE CASTRO**

CNPJ;06.033.740/0029.01

R. Senador Vitorino Freire S/N Fone (99) 3644-1325
Lago da Pedra -MA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que, **MAURO SERGIO DA CONCEIÇÃO**, portador de **RG: nº 500978-2**, residente e domiciliado neste município na Rua São Raimundo, Bairro Vila Santa. Foi admitido nesta Unidade de Saúde (Hospital Prof. Serra de Castro) no dia 27 de abril de 2019 no setor de emergência, vitima de acidente de transito, apresentando trauma torácico. O mesmo foi atendido pelo médico de plantão Dr. Leandro de Sousa Araújo CRM-MA:8540. E logo após foi avaliado pelo médico Ortopedista e Traumatologista Dr. Ricardo de A. Machado CRM-MA:2611 que constatou luxação acrômio clavicular grau III direito. É o que consta nos registros desta Unidade de Saúde.

Lago da Pedra – MA 23 de maio de 2019.

Djalma Pereira dos Santos
Coord. de Enfermagem HPSC
Enfermeiro-COREN-321.687

Enfermeiro Chefe



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGO DA PEDRA
GOVERNO DA GENTE

Prefeitura Municipal de Lago da Pedra
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL PROF. SERRA DE CASTRO

CNPJ: 06.033.740/0029-01

Rua Senador Vit. Freire, s/nº - Fone: (99) 3644-1445 - Lago da Pedra-MA

706500373237390

CARTÃO SUS

FICHA GERAL

NOME MACRO SERGIO DA CONCEICAO

DATA DO NASCIMENTO: 29 / 10 / 1990 IDADE 78 SEXO: M F

NOME DA MÃE: MARIA ARIENE DA CONCEICAO

NATURAL DE: BOM LUGAR

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

RG: 500978-2

DATA DE EMISSÃO: 04/09/15

NOME DO RESPONSÁVEL: O METMO

ENDERECO: Rua São Ramundo

Nº

BAIRRO: Col. Santo

CEP: 65715000

MUNICÍPIO: Lago da Pedra

UF: MA

TELEFONE:

RAÇA/COR BRANCA PRETA AMARELA PARDA INDÍGENA

ATENDIMENTOS

Data	Grupo Alvo	Atividades	Áreas das Ações de Saúde	Exame Físico ou Psíquico, Prescrição, Diagnóstico, Tratamento, Controle, Encaminhamento, Outros e Rubrica
27/04/19	PS:	130280	mud	Trouxe Tornar por acab de fad
				OK voltar sp fm
				OK 91 Decidir sp fm
	S.E. 500		OK 91 SF- 500 Rei	OK
	S.E. 500		OK 11 20 sp 500 - 0	
				sp de Torn
				Leandro Santos Sá CRM-MA 8540
				Desmetilou laq ou
				Dr. Leandro Santos Sá MEDICO CRM-MA 9560

GRUPO ALVO: Criança, Gestante puérpera, paciente TB, Pac. Hansenise, Adulto, etc.

ATIVIDADES: Consulta Médica Consulta Enfermagem Consulta Odontológica Atendimento Enfermagem

ATENDIMENTOS

GRUPO ALVO: Criança, Gestante, puérpera, paciente TB, Pac. Hanseníase, Adulto, etc.

ATIVIDADES: Cons. Médica, Cobs. Enfermagem, Cons. Odontológica, Atendimento Enf. etc.

ÁREAS DAS AÇÕES DE SAÚDE: Mat. Infantil, Pneum. Sanitária, derm. Sanitária, etc.



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

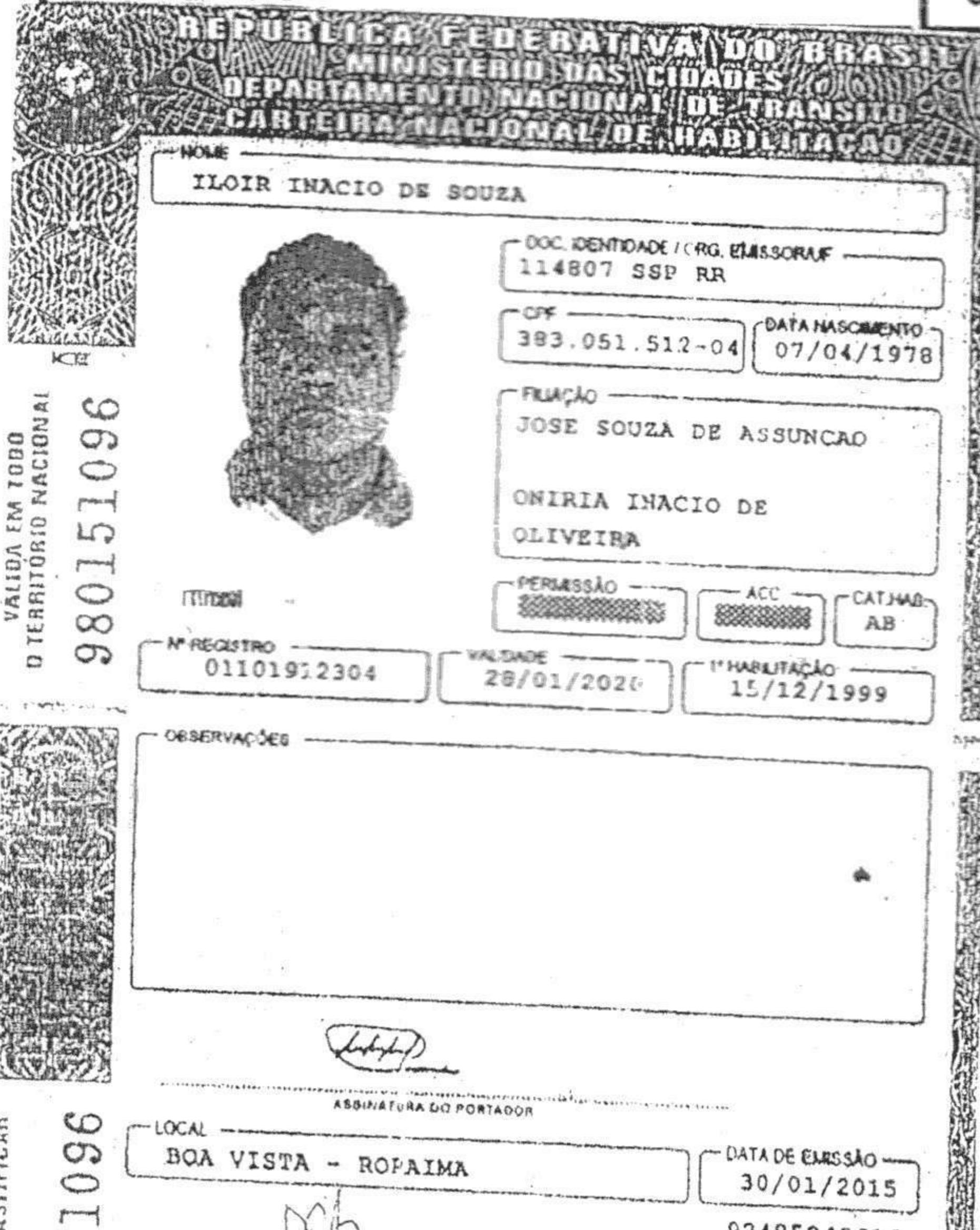
1089170

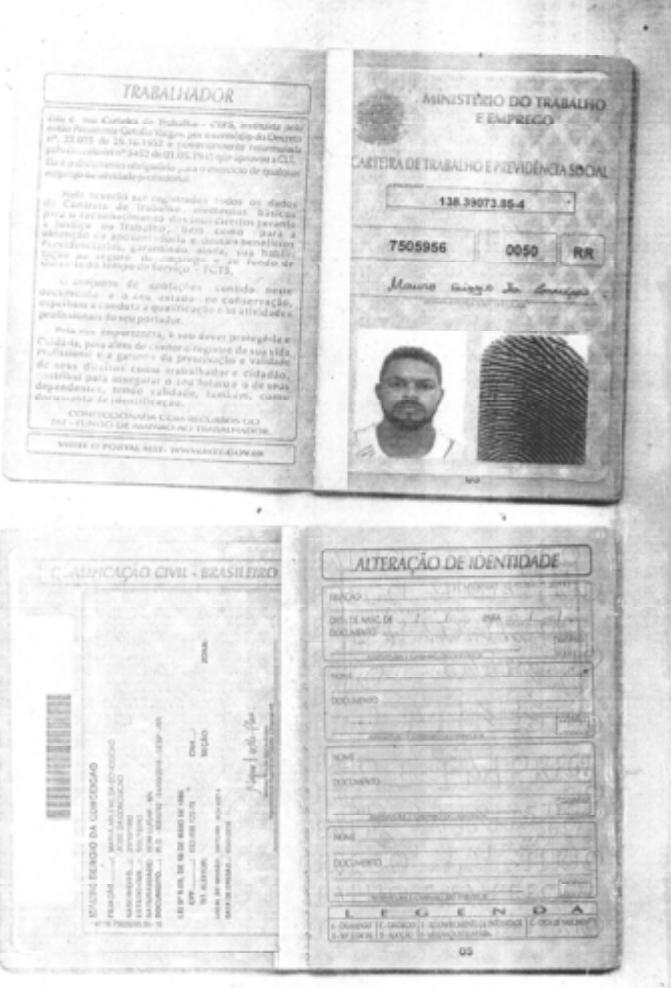
MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382660 **Cidade:** Lago da Pedra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU III

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382660 **Cidade:** Lago da Pedra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU III

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Máuro Sérgio da Conceição
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Vigilante
IDENTIDADE:	5003782 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: 5333-1491 SHC.

OUTORGADO

NOME:	Sérgio Henrique da Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Artesano
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônio P. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 27/04/2019, cobertura Inválida, vitima: Máuro Sérgio da Conceição.

Boa Vista 03-04-2020

LOCAL E DATA

Máuro Sérgio da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Máuro Sérgio da Conceição