

**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

Número do Sinistro: 3180240952
Nome do(a) Examinado(a): Leodecio Raimundo Medeiros da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Candida Nobre Cabral, 16
Presidente Lula Ipanguacu RN CEP: 59508-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001457522
Data local do acidente: [07/10/2017]
Data local do exame: [11/07/2018] Rio Grande do Norte [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA EM SÍNFISE PÚBLICA(BACIA).
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CLÍNICO COM ORIENTAÇÕES.
Data da Alta: 07/10/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
SEM QUEIXAS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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" **(X) "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)*
- 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): | | |
|----------------------------|------------------|-------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
| % do dano: | () 10% residual | () 25% leve | % do dano: | () 10% residual | () 25% leve |
| () 50% médio | () 75% intensa | () 100% completo | () 50% médio | () 75% intensa | () 100% completo |
- VIII. (*) 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


Wilson Edino Jales
ORTOPEDIA 4683
CNPJ. 27.293.341/0001-50

idêntico de foto

41



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Leandro Raimundo M. da Silva Cartão do SUS Nº: _____
Idade: _____ Cor: _____ Sexo: M Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Ipanguaçu
Data: 07/10/2017 Hora da Entrada: 18:45
Pré-Consulta: P.A. _____ Temp. _____ Peso: _____
Aparentemente: _____ Bem _____ Regular _____ C/Dispneia _____ Choroso _____
Comatoso _____
_____ c/Hemorragia _____ em Convulsão _____ Politraumatizado _____ Agitado _____

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente em brigaço, Glasgow 14, hemodinamicamente estável. Queixa de um trauma, colisão, que não sabe referir como e onde ocorreu.

EXAME FÍSICO:

Lesões cortico-contusas e diversas escoriações difusas no corpo. Face íntegra.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Lesão não caracterizada

EXAMES SOLICITADOS:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
24 MAI 2018

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

_____ CLÍNICO _____ CIRURGIA _____ ORTOPEDIA _____ NEUROLOGIA
_____ OFTALMOLOGIA _____ OUTROS _____ INTERNAMENTO SETOR _____

CONDUTA MÉDICA

DICLOFENACO SÓDICO 75 mg/3ml (VOLTAREN)

Fazer 01 (uma) ampola via intramuscular

1. Diquoyd 2 ampa + AD 6V
3. Antisséptico, Anturvas, curativos.

Assinatura Resp. Administração de Medicção

Assinatura Médico / Cofre

1 cc 6. Si ffo, q. 500 ml + vit C + comp. B 1mg/min

idêntico de foto

41



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Leandro Raimundo M. da Silva Cartão do SUS Nº: _____
Idade: _____ Cor: _____ Sexo: M Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Ipanguaçu
Data: 07/10/2017 Hora da Entrada: 18:45
Pré-Consulta: P.A. _____ Temp. _____ Peso: _____
Aparentemente: _____ Bem _____ Regular _____ C/Dispneia _____ Choroso _____
Comatoso _____
_____ c/Hemorragia _____ em Convulsão _____ Politraumatizado _____ Agitado _____

HISTÓRIA CLÍNICA:
Paciente em brigaço, Glasgow 14, hemodinamicamente estável. Queixa de um trauma, colisão, que não sabe referir como e onde ocorreu.

EXAME FÍSICO:
Lesões cortico-contusas e diversas escoriações difusas no corpo. Face íntegra.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:
Lesão não caracterizada

EXAMES SOLICITADOS:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
24 MAI 2018

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

_____ CLÍNICO _____ CIRURGIA _____ ORTOPEDIA _____ NEUROLOGIA
_____ OFTALMOLOGIA _____ OUTROS _____ INTERNAMENTO SETOR _____

CONDUTA MÉDICA

DICLOFENACO SÓDICO 75 mg/3ml (VOLTAREN)
Fazer 01 (uma) ampola via intramuscular

1. Diquoyf 2 ampa + AD 6V
3. Antiespasmódicos, Analgésicos, curativos.

Assinatura Resp. Administração de Medicção _____ Assinatura Médico / Cofre _____
1 cc 6. Si ffo, q. 500 ml + vit C + comp. B 1mg/min



REFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Leodécio Carmendole

da Silva

Em comitamento

Vítima de queda de moto.

Paciente de união

idade, alcoolizado,

Glasgow 15, hemodinâmica

estável e a ferida

de fato e intensidade

na quadril e fêmur

à esquerda. Não se observa

ND. fratura? luxação?

Refeição com acompanhamento

na e monitorar a

próximo corpo.

Dr. Carlos Fernando Ribeiro

Clinico Geral

CRM-RN 8351

Ass. médica assistidos!!



HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 08/11/2017
SAME/ARQUIVO

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: <u>Leandro Romundo M. da Silva</u>		
Idade: <u>—</u>	Sexo: M(<input checked="" type="checkbox"/>) F(<input type="checkbox"/>)	
Diagnóstico: <u>—</u>		
Parecer/Clinica: <u>Queda de motociclista, fr.</u> <u>de quadril, 2.° grau, E. - Glasgow 15;</u> <u>PA 120x90 FC 88 PR 12 SpO2 94mm AA</u>		
Hospital Solicitante da Vaga: <u>Jporanguá</u>		
Enfer(<input type="checkbox"/>)	UTI(<input type="checkbox"/>)	Ped(<input type="checkbox"/>)
Médico Solicitante: <u>Costa</u>		
Paciente c/ Encaminhamentos: S(<input type="checkbox"/>) N(<input type="checkbox"/>)		
Data/Hora da Solicitação: <u>04/10 - 20:29</u>		
Técnico UGV: <u>Mônica Lima</u>		



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MACHADO
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 08/11/2017
 SAME/ARQUIVO



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Teodoro Raimundo Mubinos da Silva D. N. 11/09/1968 Idade: 49A
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: Candida Nabunga Cabral, 16 Bairro: Ilha Grande
Cidade: Ipanguaçu U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: Luiza Nunes de Mubinos Pai: João Raimundo da Silva

Data: 07/10/17

Hora: 22:03

A.C.C.R.: _____

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Doença crônica com início de ter sido informada por parentes
relacionada a doença e com sintomas de dor no
peito. A dor é de caráter tipo náusea

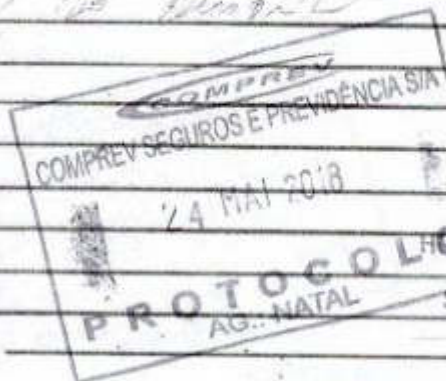
no peito

2 - EXAME FÍSICO

Do exame físico, observa-se
o paciente com

doença crônica com início de ter sido
informada por parentes
relacionada a doença e com sintomas de dor no
peito. A dor é de caráter tipo náusea

no peito



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME/ARQUIVO

- HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Doença crônica



ORTOMED

CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com:
CAMED - UNIMED - CASSI - FUNASA

Paciente: Leodécio Raimundo Medeiros da Silva

Data de Nascimento: 11/Set/1968

Médico(a) Solicitante:

Número de Registro: PAT001404

Exame: ACCNO001574

Data do Exame: 31/Out/2017 07:33

RADIOGRAFIA DE BACIA

Textura óssea normal.

Diastase da sínfise púbica, medindo 1,7 cm.

Articulações femoroacetabulares preservadas.

Articulações sacroilíacas com contornos regulares.

Provável megapófise transversa de L5 à esquerda, neoarticulada ao sacro.

Conclusão:

Diastase da sínfise púbica.

Provável megapófise transversa de L5 à esquerda, neoarticulada ao sacro.


Dra. Ana Flávia Assis de Avela
CRM/SP 164.744

Laudado por: Dra. Ana Flávia Assis de Avela (CRM/SP 164.744)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo emitido em: 31/Out/2017 09:54


Dra. Ana Flávia Assis de Avela
CRM/SP 164.744

Aprovado por: Dra. Ana Flávia Assis de Avela (CRM/SP 164.744)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo aprovado em: 31/Out/2017 09:59

Responsável Técnico: Dra. Mima Medeiros Noia Jacome Wanderley (CRM/PB 8140)





ORTOMED

CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com:
CAMED - UNIMED - CASSI - FUNASA





SEME
Serviços Médicos

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
CNPJ: 12.487.862/0001-70

AME

Rua Juvenal Lamartine, 30 | Mossoró/RN | (84) 3062.3610 / 9.8754.5210

Clínica Oitava Rosado

R. Juvenal Lamartine, 119 | Mossoró/RN | (84) 3315.6900 / 9.8873-7183

Interclínica Modelo

Rua Jorge Caminha, 150 | Areia Branca/RN | (84) 3332.2477

PACIENTE=LEODÉCIO R. IMUNDO MEDEIROS DA SILVA.

IDADE=51 ANOS.

PROFISSÃO=AGRICULTOR.

A)É PORTADOR DE DOR CRÔNICA LOMBAR RELACIONADO AO TRABALHO/DIASTASE DA SÍNFISE PÚBLICA.

--AO EXAME FÍSICO=

a)teste de elevação da perna direita positiva.(sugestivo de hérnia de disco)

b)paciente ao se inclinar para frente ocorreu proeminência dos músculos paravertebrais.

c)teste de valsalva e milgram(positivo)—sugestivo de protusão discal e osteófitos.

Obs=RX ANEXO COMPLEMENTA O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DO PACIENTE.(ABAULAMENTO DISCAL DO DISCOS INTERVERTEBRAIS COM COMPRESSÃO RADICULAR)-DIASTASE DA SÍNFISE PÚBLICA.

Obs= apresenta uma síndrome de compressão medular .(-SOBRECARGA MECÂNICA)

=)apresenta redução laborativa .(PARCIAL E TEMPORÁRIO)

=)resulta em incapacidade para realizar suas atividades atuais trabalhistas,necessitando de tratamento fisioterápico para obter melhora para retorno ao trabalho.

--CONCLUSÃO COMO MÉDICO ASSISTENTE--

DEVIDO SUA OCUPAÇÃO TRABALHISTA EXISTE UMA RELAÇÃO DE NEXO CAUSALIDADE COM SUA INCAPACIDADE LABORATIVA,SEND OPORTUNO UM BENEFÍCIO PARA REALIZAR TRATAMENTOS ALTERNATIVOS PARA SEU RETORNO AO TRABALHO,NA QUAL O LAUDO FOI AMPARADO POR EXAME FÍSICO E DOCUMENTOS EM ANEXOS ,NECESSITANDO DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR PERITOS DO INSS.

Cid=M51

CIENTE 

WILSON EDINO DE FREITAS JALES

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
Médico CRM-RN 4683
Matrícula nº 12351-4
Ortopedia/Traumatologia

MAT=12354-4

10/11/17



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051.865.884-82

Nome completo da vítima

LEODÉCIO RAIMUNDO MEDEIROS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LEODÉCIO RAIMUNDO MEDEIROS DA SILVA		CPF titular da conta 051.865.884-82	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA CÂNDIDA NOBRE CABRAL		Número 16	Complemento
Bairro PRESIDENTE LULA	Cidade IPANGUAÇU	Estado RN	CEP 59508-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº: **0756**

D/V

CONTA

Nº: **53452**

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ASSÚ/RN 18 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANGUAÇU
5ª DRPC - telefax: 84 3521-6475 - E-mail: Sdrp@rn.gov.br

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 043/2018.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL	
Local: Estrada Carroçável que liga Comunidade de Luzeiro a RN 118, Zona Rural, Ipanguaçu/RN	
Data do Fato: 07/10/2017	Horário: 18:30h
COMUNICANTE: LEODECIO RAIMUNDO MEDEIROS DA SILVA	
Fone: 998512143	
Filiação: Donato Raimundo da Silva e Luiza Nunes de Medeiros	
Naturalidade: Triunfo Potiguar/RN	Nacionalidade: brasileira
Nascido em: 11/09/68	Idade: 49 anos
Doc: RG nº 001.457.522/SSP-RN	
Endereço: Rua Cândida Nobre Cabral, nº 16, bairro Presidente Lula, Ipanguaçu/RN.	
Estado Civil: casado	Profissão: agricultor
VÍTIMA: O(a) COMUNICANTE e THIAGO RODRIGUES MEDEIROS DA SILVA	
Fone:	
Filiação: Leodécio Raimundo Medeiros da Silva e Severina Rodrigues de M Medeiros	
Naturalidade: Patu/RN	Nacionalidade: brasileiro
Nascido em: 05/04/95	Idade: 22 anos
Doc.: RG nº 2.898.607/SSP-RN	
Endereço: Rua Cândida Nobre Cabral, nº 16, bairro Presidente Lula, Ipanguaçu/RN	
Estado Civil: solteiro	Profissão: agricultor
ACUSADO: PREJUDICADO	
Fone:	
Filiação:	
Naturalidade:	Nacionalidade:
Nascido em:	Idade:
Doc.:	
Endereço:	
Estado Civil:	Profissão:
HISTÓRICO	
<p>O (a) comunicante relata que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para o registro de Boletim de Ocorrência para instruir pedido de seguro obrigatório, em acidente ocorrido no dia e hora acima citados, ocasião em que viajava na garupa da moto marca HONDA/NXR 150 BROS KS, cor vermelha, ano/mod. 2008, placa MZK-3835/RN, chassi nº 9C2KD03208R024380, em nome de Francisco Adailton Rodrigues, pilotada pelo seu filho THIAGO RODRIGUES MEDEIROS DA SILVA, no sentido Luzeiro a Ipanguaçu/RN, quando vinha no sentido contrário um veículo marca FIAT, o qual só estava com 01 (um) farol dianteiro aceso; Que, o comunicante acredita que seu filho encandeou-se e colidiu no referido veículo; Que, o comunicante perdeu os sentidos, sendo socorrido para o hospital de Ipanguaçu/RN e de lá transferido para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró/RN; Que, no hospital o comunicante ficou sabendo que seu filho THIAGO RODRIGUES MEDEIROS DA SILVA faleceu no local do acidente; Que, o motorista do veículo evadiu-se do local sem prestar socorro as vítimas.</p> <p>As informações aqui prestadas é de inteira responsabilidade do comunicante.</p>	
Registrado em: 05/04/2018.	Horário: 15h
ASSINATURA DO COMUNICANTE	 Policial de Plantão

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LEODECIO RAIMENDO MEDEIROS DA SILVA

CPF da Vítima

051.865.884-82

Data do Acidente

07/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 renúncia à contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



ASSÚ/RN, 18 de DEZENBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura da Vítima

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal