

**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**

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: CÍNICO 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?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"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):

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual     25% leve  
 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

idente de Moto



41

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

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José de Britto Brizinho Jr. da Silva Cartão do SUS Nº: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Ipanquaçu  
Data: 07/10/2017 Hora da Entrada: 18:45h  
Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
\_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente em triciclo, glaz gow 14, hipodinâmica mente esfôsico. Queixas de dor no ombro e lombo, que não pode refirir como e onde ocorreu.

### EXAME FÍSICO:

Lésões cutâneo-contusas e divisorias escorregadias difusas no corpo. Face e integra.

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Feio suspeito

### EXAMES SOLICITADOS:

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIASIA

24 MAI 2018

PROTOCOLO

AG. NAFAL

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

CLÍNICO CIRURGIA ORTOPEDIA NEUROLOGIA  
OFTALMOLOGIA OUTROS INTERNAMENTO SETOR

### CONDUTA MÉDICA

DICLOFENAC SÓDICO 7% 8/3ml (VOLTAREN)

Fazer 01 (uma) ampolha via intramuscular

1) Diclofenac 2 amp + AD 6V  
3) Antiss espas, moturas, curvaturas.

1) CCGB. SI JFO, qd. 500ml tui + Gout. B magistruin

idente de Moto



41

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

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José de Britto Brizinho Jr. da Silva Cartão do SUS Nº: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: M Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Ipanquaçu  
Data: 07/10/2017 Hora da Entrada: 18:45h  
Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
\_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente em triciclo, glaz gow 14, hipodinâmica mente esfôs. Queixas de dor no ombro e lombo, que não pode refirir como e onde ocorreu.

### EXAME FÍSICO:

Lésões cutâneo-contusas e divisorias escorregadias difusas no corpo. Face e integra.

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Feio suspeito

### EXAMES SOLICITADOS:

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIASIA

24 MAI 2018

PROTOCOLO

AG. NAFAL

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

CLÍNICO CIRURGIA ORTOPEDIA NEUROLOGIA  
OFTALMOLOGIA OUTROS INTERNAMENTO SETOR

### CONDUTA MÉDICA

DICLOFENAC SÓDICO 7% 8/3ml (VOLTAREN)

Fazer 01 (uma) ampolha via intramuscular

1) Diclofenac 2 amp + AD 6V

3) Antiss espas, moturas, curvaturas.



REFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: José Gólio Corrêa

da Silva

Endereço:

Sifão de queda de moto.

Paciente gênero-

-dade, sexo:

Glasgow 15, hemodis-  
al corrente e terapêu-  
tico de fato intensidade

no quadril e fêmur  
e enquadre. Não se sente.

NP. luxo? luxo?

Hospital Costa e Silva

Parte: Quadril e fêmur  
procedimento:

Dr. Cláudio Fernando Gólio

Clinica Geral

CHAMRN 8351

Obs: Melhorar as lesões!!

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

24 MAI 2018

PROTÓCOLO

AG.: NATAL

HOSPITAL REGIONAL  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ

88112907  
SAME/ARQUIVO

## SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: Jenilson Raimundo M. da Silva	
Idade: -	Sexo: M( <input checked="" type="checkbox"/> ) F( <input type="checkbox"/> )
Diagnóstico:	
Parecer/Clinica: Fractura de metacôndilo, fr. de quadril, av. fêmur L. Glascow 15, PA 20x20 xC 38 FR: 01 Epis. 9º m AA	
Hospital Solicitante da Vaga: Ipanema/UFRN	
Enfer( <input type="checkbox"/> ) UTI( <input type="checkbox"/> ) Ped( <input type="checkbox"/> )	
Médico Solicitante: Gustavo	
Paciente c/ Encaminhamentos: S( <input type="checkbox"/> ) N( <input type="checkbox"/> )	
Data/Hora da Solicitação: 04/10/2017 09:00	
Técnico UGV: Mônico Lima	



HOSPITAL REGIONAL TACÔMBI MARA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ 08/11/2017

SAME/ARQUIVO



300 1054 7046 6020

**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO**

Nome: Geólio Raimundo Melo da Silva D.N. 1110911968 Idade: 49  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Cartão SUS n° \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: Caridá Nobreza Cabral, 16 Bairro: Ilha Grande  
Cidade: Pau dos Ferros U.F. RN Fone: \_\_\_\_\_  
Filiação: Mae: Terezinha Nunes de Melo Pai: Geólio Raimundo da Silva

Data: 07/10/17

Hora: 22:03

A.C.C.R.:

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

Forro de porta com urto se feriu na noite de ontem no momento de fechar a porta e bateu forte e feriu a mão direita. Ainda não se curou muito.

ANEXO QUADRILHAR

**AMARELO**

**2 - EXAME FÍSICO**

Exa ótimo paciente, aberto

exa ótima pulmão

Exa ótimo exa ótimo exa ótimo

Coração ótimo R. pulmão ótimo

Abdome ótimo bexiga ótima

Exa ótimo exa ótimo



**- HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)**

H. fratura

Convênios com:  
**CAMED - UNIMED - CASSI - FUNASA**

Paciente: Leônio 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 sacroiliacas com contornos regulares.

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

#### Conclusão:

Diastase da sínfise pública.

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



Dra. Ana Flávia Assis de Avila  
CRM/SP 164.744



Dra. Ana Flávia Assis de Avila  
CRM/SP 164.744

Laudado por: Dra. Ana Flávia Assis de Avila (CRM/SP 164.744)

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Laudo emitido em: 31/Out/2017 09:54

Aprovado por: Dra. Ana Flávia Assis de Avila (CRM/SP 164.744)

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Laudo aprovado em: 31/Out/2017 09:59

Responsável Técnico: Dra. Míma Medeiros Noia Jacome Wanderley (CRMPB 8140)

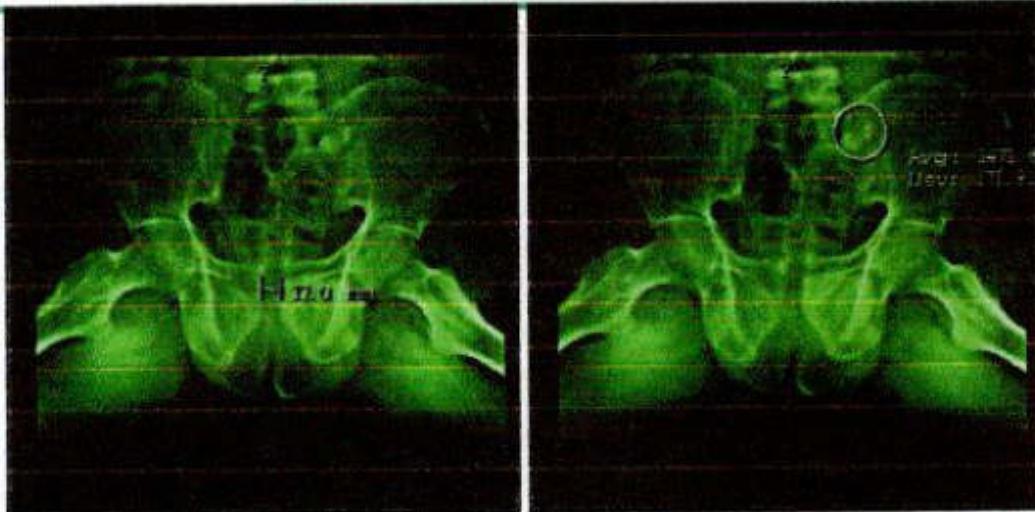




# ORTOMED

## 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

**Clinica 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 RAIMUNDO 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 paraverterais.
- c)teste de valsalva e milgran(positivo)—sugestivo de protusão discal e osteófitos.

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

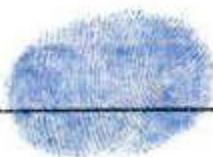
**Obs= apresenta uma síndrome de compressão medular .(-SOBRECARGA MECÂNICA)  
=apresenta redução laborativa .(PARCIAL E TEMPORÁRIO)  
=resulta em incapacidade para realizar suas atividades atuais trabalhistas,necessitando de tratamento fisioterápico para obter melhora para retorno ao trabalho.**

**--CONCLUSÃO COMO MÉDICO ASSISTENTE—**

**DEVIDO SUA OCUPAÇÃO TRABALHISTA EXISTE UMA RELAÇÃO DE NEXO CAUSALIDADE COM SUA INCAPACIDADE LABORATIVA,SENDO 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 MAT=12354-4  
Médico CRM-RN 4683  
Matrícula nº 12351-4  
Ortopedia/Traumatologia

10/11/17



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**LEODECIO RAIMUNDO MEDEIROS DA SILVA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

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

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

*comprovante de residência*

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

*24 MAI 2018*

*PROT. O. GOL. AG. NATAL*

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SFM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>0756</b>	D/V _____	CONTA NRO. <b>53452</b>	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Name _____	NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____
CONTA NRO. _____	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 Lider 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

*S. Leodécio Rodrigues de  
melo medeiros*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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, n° 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, n° 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:

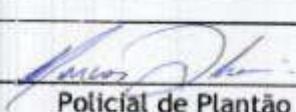
### HISTÓRICO

O (a) comunicante relata que compareceu nesta Delegacia de Policia, 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 veiculo 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 Tarcisio 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.

As informações aqui prestadas é de inteira responsabilidade do comunicante.

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 atende 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 prestar compromisso 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 do Segurado



**Severina Rodrigues de Melo medeiros**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal