

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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVANIO BISPO MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000024972-0

Nr. da Autenticação 551B48031FF39E99

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190386147

Cidade: Nossa Senhora da Glória

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RIVANIO BISPO MORAES

Data do acidente: 10/03/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA A DIREITA SEM DESLOCAMENTO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA, DOR E NO JOELHO E TORNOZELO, BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/07/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



Fone: (065) 329-1500 - Telefax: (065) 329-1501
 Rua da Indústria, 200 - Jd. São Paulo
 Maracá - PA - CEP 68000-00
 Cx. Postal 4000 - Tel. 065 329.747-40
 Faltas Póstas - Caixa Postal 1001-787-85
 Cid. São João, Arariuaçu: 00004 1630

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	11/03/2019	08/04/2019	006.600.776-22

UC (Unidade Consumidora): 3/415387-0

Canal de contato

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

INVESTPREV

18 JUN 2019

CCI Código de Classificação do IPI	75	14.37	80.93	15.00	80.80	1.80	0.29
Tarifa de Tributos Adetributivos	0.17	3	9.40	123.43			

TOTAL A PAGAR
RS 55.98

Histórico de Consumo (kWh)

82	76	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98
Mar/16	Apr/18	Mar/19	Jun/16	Jul/19	Apr/16	Mar/18	Oct/16	Jan/18	Oct/16	Dec/18	Jun/19

7e32 7f1f f54e 34c2 1d63 31e8 15f1 8c06

Indicadores de Qualidade

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

Indicadores de Qualidade				Distribuição de Qualidade		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DC MENSAL	11,29	0,99	NOMINAL	Servidores Diferenciais de Energia	7,53	13,66
DC TRIMESTRAL	22,18			Camisa de Energia	12,16	19,22
DC ANUAL	48,25			Servidores e Transformadores	1,34	2,39
FV MENSAL	7,87	1,00		Energia e Tensões	25,83	51,57
FV TRIMESTRAL	15,34			Servidores Diferenciais e Energia	5,80	10,00
FV ANUAL	30,59		CONTRATADA			
			INTERFERÊNCIA			
			LOTE SUPERIOR			
				Total	66,88	100,00

**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: 3190386147
Nome do(a) Examinado(a): Rivanio Bispo Moraes
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Quixaba, S/N Casa
Area Rural Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3643844-8
Data local do acidente: [10/03/2019]
Data local do exame: [10/07/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA A DIREITA SEM DESLOCAMENTO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM BOTA GESSADA DA FRATURA DA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA
Complicações: BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 10/03/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA, DOR E NO JOELHO E TORNOZELO, BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.
- IV. Nexo de casualidade: 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)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: (X) 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 |
| 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


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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 Ouvidoria: 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 SUSEP 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 SEGURADORAS PRIVADAS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO E INTERMEDIAÇÃO DOS SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CANTABILIDADE E RESCISÃO. ² COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERPRETATIVO E FISCALIZADOR DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos de O. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00

Ricardo Bizzo marcos

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.610.025 24

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez

da Vítima Ricardo Bizzo marcos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.610.025 24

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____

Renda: _____

☒ Recuso informar

e apresento os documentos comprobatórios:

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: Rua dos Galvãos

Bairro: Brazilia

Cidade: St. Jo da Gloria

Número: 217

Complemento: condomínio

E-mail: marcosbizzo@gmail.com

Estado: SC

CEP: 49.680-000

Tel. (DDD): 49.9918-9207

Local e Data: St. Jo da Gloria

17.06.19

José Marcos de O. Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

18 JUN 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE

Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPJ/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Pac. Renanio Bezerra Moraes
Vítima de acidente motorciclístico
em 10/03/19, decorrente deste
ocorreu fratura de tíbia D, sendo
tratada conservadoramente.
Apresenta dificuldade de flexão
da perna e o deambulação
encontra-se de alta definitiva
CID = 582.2

10/06/19

Dr. Alberto Veloso
CRM 1053

INVESTPREV

18 JUN 2019

ADM 1125

O. Valério

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 407273
CNS:DATA: 10/03/2019 HORA: 17:46
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: LMBSILVA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVANIO BISPO MORAES DOC...: 0
 IDADE.....: 24 ANOS NASC: 31/01/1995 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco.....: POVOADO QUIXABA NUMERO: 0
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
 NOME PAI/MAE...: OSVALDO BISPO MORAES /MARIA ELENA SANTOS MORAES
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....:
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO...: DOR
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

SpO₂ = 97.1.

PA: [150 x 70 mmHg] PULSO: [91] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Pericardite aguda* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) 1 comprimido de Paracetamol 500mg a cada 6 horas
 2) 1 comprimido de Ibuprofeno 400mg a cada 8 horas
 3) 1 comprimido de Clopidogrel 75mg a cada 24 horas*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] RESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Sobrinha R. A. Silva*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Maria Eliane Santos Costa
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Osvaldo Francisco da Silva
 ASSINATURA DO MEDICO
 Clínica Médica
 FEMESF - SE 048

2583

01

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOda classificação: 17 : 46

Peso: _____ (Kg)

☐ Agudo☐ Crônico: Trauma em MIO

Forma Progressiva:

DM ☐HAS ☐Cardiopata ☐Etilista ☐Tabagista ☐

Uso Medicamentoso:

☐ Não☐ Sim. Especificar: _____

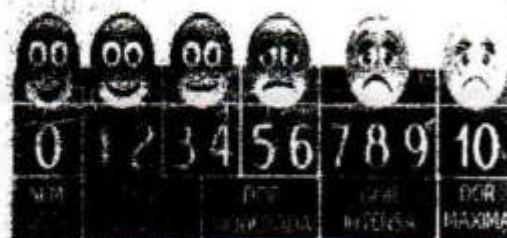
Uso de Medicação:

☐ Não☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR

RESPOSTA OBSERVADA						TOTAL
Espon-tâneo	Orden Verbal	Dor	Sem Resposta			
4	3	2	1			4
Orientado	Confuso	Palavras Inapropriadas	Palavras Incompreensíveis	Sem Resposta		
5	4	3	2	1		5
Obedece ao comando	Localiza a dor	Resposta Inespecífica	Flexão Anormal	Extensão a dor	Sem Resposta	
6	5	4	3	2	1	6



ESCALA DA DOR

Tram-u-ron[®] OD

SINAIS VITAIS:

FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional
91		97		150x70		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐Laranja: ☐~~Amarelo: ☒~~☐ Verde:☐ Azul:☐Diretor: [Assinatura]
SOREN-SE - 420522 - ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data Hora

Evolução de Enfermagem

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 631677
CNS:DATA: 10/03/2019 HORA: 20:59 USUARIO: CFSLIMA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVANIO BISPO MORAES DOC...: 3,643,844-
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 31/01/1995 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV QUIXABA NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR.
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
NOME PAI/MAE...: OSVALDO BISPO MORAES /MARIA ELENA SANTOS MORAES
RESPONSAVEL...: A IRMA TEL...: 079.9977-6
PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE 330
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: ..:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 634708
CNS:DATA: 18/03/2019 HORA: 07:45 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVANIO BISPO MORAES
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 31/01/1995
ENDERECO.....: POV QUIXABA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZR
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: OSVALDO BISPO MORAES /MARIA ELENA SANTOS MORAES
RESPONSAVEL....: ESPOSA TEL....: 079.9977-6
PROCEDENCIA....: NSA SRA DA GLORIA - SE 330
ATENDIMENTO....: REVISAO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Fracasso de TIA @

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: O Lado do Crânio.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

R. para 1 dia

M. V. O P. O. A

1 Mo R. L. e A. A. : OK.

INVESTPREV

18 JUN 2019

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

José Bonifácio de S.
Técnico em Radiologia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSORA
 21233829 SUP SE

CPF
 020.003.675-00

DATA NASCIM.
 26/11/1963

NACAO
 JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSAO **ACC** **CAT. INF**
 02/01/2019 02/04/2009

USUARIOS
 SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL
 ARACATU, SP

DATA DE EMISSAO
 06/01/2018

863977539

DETRAN-SE (SERGIPE)

INVESTPREV

18 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº **015214352798**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: ☐ COD. RENAVAM: ☐ BIL. T.R.C.: ☐ EXERCÍCIO: ☐

NOME:

CPF / CNPJ: PLACA:

PLACA ANT. / UF: CHASSI:

ESPECIE TIPO: COMBUSTÍVEL:

MARCA / MODELO: ANO FAB: ANO MOD:

CAP. / POT. / CIL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE:

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. / COTAS:

Faixa I.R.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: DATA:

ASSINATURA:

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015214352798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:

VIA: ☐ CPF / CNPJ: PLACA:

RENAVAM: MARCA / MODELO:

ANO FAB: CAT. IMB: Nº CHASSI:

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRIAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL DEBIDO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐ DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

INVESTPREV

18 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000007801335 013843695988
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
1 01148808466 000000000000 2018

RIVANIO BISPO MORAES

CPF/CNPJ PLACA
067.610.025-24 QMC4205

PLACA ANT/UF CHASSI
71572/SE 9C2JB0100JR031022

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/POP 110I ANO FAB ANO M30
2018 2018

CAP/NOT/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P0CV/109CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1ª *****

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
AL.FIDUC.- ADM.DE CONS.NAC.HONDA LT

MOTOR: JB01E0J031035 C05

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 17/04/2018

Handwritten signature

DIRETORA-PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013843695988 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 17/04/2018

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 067.610.025-24 QMC4205

RENAVAM MARCA / MODELO
01148808466 HONDA/POP 110I

ANO FAB DT TME Nº CHASSI
2018 09 9C2JB0100JR031022

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15	0,70	185,50

COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12/04/2018

* P A G O *

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PBT 24

INVESTPREV

18 JUN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190386147 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RIVANIO BISPO MORAES **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.5) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rivanio Bispo Moraes
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) larroden, portador da cédula
de identidade RG nº 364 3844-8, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 067.610.025-24, residente na (endereço
completo) Rua Quizebra, na cidade de
N. Sra. da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos Du O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua do Sul, na cidade de
N. Sra. da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Rivanio Bispo Moraes
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra. da Glória



(assinatura) Rivanio Bispo Moraes

(RG) 364 3844-8

INVESTPREV

18 JUN 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida)

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**
HENRIQUE MACIEL ANTONIO HENRIQUE BUNQUE MACIEL SILVA, Notário Registrador
Rua Edéio Vieira de Melo, 20
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1365
Extra: 79 3411 1365
Extra: 79 3411 1365

RECONHECIMENTO
Reconheço por autenticidade a firma indicada de RIVANIO BISPO MORAES que
confere c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória, SE, 06 de maio de 2019. Dou fé.

Anne Graciele Santana Gomes (Escrivente)
08/05/2019 10:37:51 Valor Total R\$ 8,84
Selo TJSE: 201929574010240. Acesse:
<https://www.tjse.jus.br/xiJU/MHU>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190386147

Cidade: Nossa Senhora da Glória

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RIVANIO BISPO MORAES

Data do acidente: 10/03/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA A DIREITA SEM DESLOCAMENTO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA, DOR E NO JOELHO E TORNOZELO, BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.610.025-24 Nome completo da vítima: Rovano Buzpo Marais

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rovano Buzpo Marais CPF: 067.610.025-24

Profissão: Lawyer Endereço: Peru Quixaba Número: SIN Complemento: Loja

Bairro: Zona rural Cidade: W. Sta Da Glória Estado: SE CEP: 49.680-000

E-mail: marconduloria@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Caixa

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 24972

(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.

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 fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: W. Sta Da Glória 29.06.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rovano Buzpo Marais

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

21 JUN 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA PLANTONISTA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA
DA GLÓRIA - SE

INVESTPREV

27 JUN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048564/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/06/2019 11:35 Data/Hora Fim: 27/06/2019 11:35
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Plantonista - Nossa Senhora da Glória

Data/Hora do Fato: 10/03/2019 17:00

Local do Fato

Município: Porto da Folha (SE)

Logradouro: Trevo do povoado Vaca Serrada

Bairro: Outros Povoados

CEP: 49.800-000

Ponto de Referência: Próximo ao CIOPAC

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RIVANIO BISPO MORAES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 31/01/1995
Profissão: Auxiliar de rota
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Elena Santos Moraes Nome do Pai: Osvaldo Bispo Moraes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 067.610.025-24
RG - Carteira de Identidade: 36438448

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: POVOADO QUIXABA
Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9911-6912 (Celular)

Nº: S/N

CEP: 49.680-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 067.610.025-24

Renavam 01148808466

Número do Chassi 9C2JB0100JR031022

Cor PRETA

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Modelo HONDA/POP 110I

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2018

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QMC4205

Número do Motor JB01E0J031035

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

UF Veículo Sergipe

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA PLANTONISTA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048564/2019-A01

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rivanio Bispo Moraes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que na data, hora e local em tela, estava pilotando sua motocicleta, supracitada, saindo do Povoado Saco da Serra, município de porto da Folha em direção a cidade de Nossa Senhora da Glória/SE. QUE no trevo, próximo ao CIOPAC, próximo a cidade de Monte Alegre de Sergipe/SE, uma motocicleta avançou na contra mão para fazer o retorno no trevo e colidiu com a referida motocicleta do comunicante. QUE o indivíduo montou na motocicleta e se evadiu do local, pois, a priori, apenas houve pequenos danos materiais. QUE quando seguiu caminho, sentiu a perna enxada e dolorida, justamente na perna onde foi atingida pela motocicleta. QUE foi ao hospital para os primeiros procedimentos e, depois, transferido ao hospital de Itabaiana/SE. QUE, após exames ficou constatado lesões e uma pequena fratura na perna. QUE, em decorrência do acidente, ficou impossibilitado de desenvolver suas atividades laborais, pois encontra-se com a perna engessada. É o relato.

ASSINATURAS



Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes

Responsável pelo Atendimento

Rivanio Bispo Moraes

Rivanio Bispo Moraes

(Comunicante / Vítima)

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

INVESTPREV

27 JUN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.610.025-24 Nome completo da vítima: Ricardo Buzo Marais

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Ricardo Buzo Marais CPF: 067.610.025-24

Profissão: Sanador Endereço: Porto Quixaba Número: 511 Complemento: Rua

Bairro: Zona rural Cidade: W. São da Glória Estado: SE CEP: 49.680-000

E-mail: marcondulfo@gmail.com Tel. (DDD): 49.99189207

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Caixa

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 24972

(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.

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 indenização/reembolso do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVESTPREV

18 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: W. São da Glória 17.06.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ricardo Buzo Marais

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.