

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 PERNAS E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TIBIA , 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

**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: 3190386147
Nome do(a) Examinado(a): Rivanio Bispo Moraes
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Quixaba, S/N Casa
Area Rural Nossa Senhora da Glória 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 DIMINUIDA (+++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA, DOR E NÓ 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 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)

(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"

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):

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 Otávio Nascimento Júnior

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditório Médico
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)
 Capitalas 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 COAF.²

² SUBSENIENCIAS DA SEGURADORA SUSEP, ENVIAR RECOMENDAÇÃO PELA CONTRIBUIÇÃO À PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSERCA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO. ³ COMISSÃO DE COMÉRCIO DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF: DIRETO INTERNAVEL, DE VITIMA NO MINISTÉRIO DA FAZENDA, SEM POR Necessidade DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências Sustentadas DE ATIVIDADES RÉCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Ricardo Marques Rio. Rosa,
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ricardino Bento Marques, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.610.025.24,
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, da Vítima Ricardino Bento Marques,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.610.025.24, 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:	Rua Dos Gáulicos	Número:	817	Complemento:	Conjunto
Bairro:	Brasília	Cidade:	DF	Estado:	50
E-mail:	ricardino.bento.marcos@gmail.com				
CEP:	709.680-000				
Tel. (DDD):	61.9918-9207				

Local e Data: DF. Ga. Da Glória 17.06.19

Ricardo Marques Rio. 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 CNPI/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Pac. Renanio Biygo Moraes
vítima de acidente motociclistico
em 10/03/19, descontos destru-
íveis fratura de tibia D, sem
tratado conservador.
Peculiar dificuldade de fixar
de ferro e o desembulcado
encontro-a de alta definitiva
CID = 582.2

10/06/19
D. Alberto Veloso
CRM-SE 303
CRA-SE 1.2.89-100

INVESTPREV

18 JUN 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 407273

DATA: 10/03/2019 HORA: 17:46 USUARIO: LMBSILVA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

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 *Sao - 971.*

PA: [180 x 70 mmHg] PULSO: [91] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: <i>Pior Acidente na historia</i>	CID: _____
<i>D. Gomes da Silva</i>	HORARIO DA MEDICACAO: <i>18:30</i>
<i>Dra.</i>	<i>Nome: 18.300</i>
<i>Normalizada</i>	<i>Nome: Gomes Da Silva</i>
<i>25-100</i>	<i>ONEN SE 650.282 TE</i>
<i>3) Dm. pressor de m-</i>	

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Setor de Reabilitacao*
 TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): *Setor de Reabilitacao*
 OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO
Ronaldo Henrique da Silva
 Clinica Médica
 FMESE SE 048

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Fundação Hospitalar de Saúde

da classificação: 17 46

Peso: _____ (Kg)

Agudo Crônico: Tiracolo em M10

Sintomas Progressa: DM HAS Cardiopata Etilista Tabagista

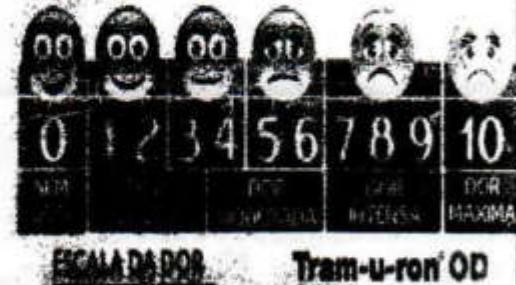
Medicação Medicamentosa: X Sim. Especificar: _____

Medicação: Não Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR

RESPOSTA CERERVADA						TOTAL
Espontâneo <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>	Orden Verbais <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Sem Resposta <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/>			4
Orientado <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	Confuso <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>	Palavras Inapropriadas <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	Palavras Incompreensivas <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Sem Resposta <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/>		5
Obedece ao comando <input type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/>	Localiza dor <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	Reação Inespecífica <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>	Flexão Anormal <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	Extensão dor <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Sem Resposta <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/>	6



SINAIS VITAIS:

	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional
	91		97		95/70		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: Laranja: Amarelo: Verde: Azul:

Diretor: Dr. J. S. Martins
 COREN-SE - 420522 - ENF
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Evolução de Enfermagem

Hora

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS 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 [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 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 DOC...: 3,643,844-
 ENDERECO....: POV QUIXABA SEXO..: MASCULINO
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR NUMERO:
 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: [] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIO X SANGUE URINA TC
 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM -

Others the Committee

DIAGNOSTICO:

CIP:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

~~N. v. OREGON~~

INVESTPREV

18 JUN 2019

DATA DA SATDA:

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL

HORA DA SAIDA: -

TRANSEFERENCIAS (UNIVERSITARIO) 2000

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATÉ 48HS [] 1500-10

HORA DA
EVASÃO []
DO : Leonardo Henrique
Cirurgia do Ombro
Ortopedia / Reumatologia
CRM / CRP / TECI

ATE 48HS APOS 48HS FAMILIA IML ANAT. PATOL

Maria de ne Santos costa
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

~~José Bonifácio de~~
~~Técnico em Radiologia~~

652



INVESTPREV

18 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE 000007B01335 013843695988
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PINTURA EXERCÍCIO
1 01148808466 00000000000 2018

RIVANIO BISPO MORAES

CPF/CNPJ PLACA
067.610.025-24 QMC4205

PLACA ANTO/UF CHASSI
71572/SE 9C2JB0100JR031022

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/POP 110I ANO FABR. ANO MOD.
2018 2018

CAP/POT/CC CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2POCV/109CC PARTIC PRETA

I	P	V	A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º VENC./COTAS
*	*	*	*	*****	*****	*****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS			2º	*****	*****
*****	*****			3º	*****	*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
AL.FIDUC.- ADM.DE CONS.NAC.HONDA LT 17/04/2018

MOTOR: JB01EOJ031035

DOCUMENTO DE PERTINÊNCIA
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - S 17/04/2018

DIRETORA-PRESIDENTE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIAGEM TERRESTRE (OU-PO) SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE N° 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 EMISÃO
2018 17/04/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 067.610.025-24 QMC4205

RENAVAM MARCA / MODELO
01148808466 HONDA/POP 110I

ANO FABR. ANO MOD. NR CHASSI
2018 09 9C2JB0100JR031022

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

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

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

* P A G O *

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

INVESTPREV

18 JUN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190386147
Vítima: RIVANIO BISPO MORAES

Cidade: Nossa Senhora da Glória
Data do acidente: 10/03/2019

Natureza: Invalidez Permanente
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 FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rivanius Bispo Moraes (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Tanquinho, 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 Dr. Guizélio, na cidade de N. Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) José 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 Dr. Guizélio, na cidade de N. Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro amplos 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) Rivanius Bispo Moraes junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra Da Glória



(assinatura) Rivanius Bispo Moraes

(RG) 364 3844-8

INVESTPREV

18 JUN 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida)

[Signature] | CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA |
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE | Rua Edézio Viana de Melo, 20
HENRIQUE MACIEL | ANTONÍO HENRIQUE RUIBRITO MACIEL SIlva, Notário e Registrador | Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
RECONHECIMENTO | CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1365
Nossa Senhora da Glória/SE, 06 de maio de 2019. Deu fe.

Rua Edézio Viana de Melo, 20
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411 1365
Extra.Gloria@tjse.jus.br

Anne Grassielle Samanta Gomes (Escrevente)
08/05/2019 / 0:37:51 Valor Total R\$ 8,84
Selo TJSE: 201929574010240; Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/JU/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 PERNAS E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), CALO ÓSSEO NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TIBIA , 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:

Nome completo da vítima:

067.610.025-24 Ruvanio Bispo Marques

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

Nome completo:

Ruvanio Bispo Marques

CPF: **067.610.025-24**

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Quezada

Número:

518

Complemento:

Boca

Bairro:

Zona rural

Cidade:

W. SA DA GLÓRIA

Estado:

SE

CEP:

49.680-000

E-mail:

marcondesfaria@gmail.com

Tel. (DDD):

19.39189207

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

RENDIMENTO:

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

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ecurca**

AGÊNCIA: **3303**

CONTA: **24 972**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 a concessão da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

INVESTPREV

21 JUN 2019

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;

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 Lider 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) Divorciado 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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Assinatura
Local e Data:
Nome:
CPF:

Local e Data: gl. SA DA GLÓRIA 21-06-19

Nome: **Ruvanio Bispo Marques**

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ruvanio Bispo Marques

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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

INVESTPREV

27 JUN 2019



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

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)

Bairro: Outros Povoados

Logradouro: Trevo do povoado Vaca Serrada

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 N°: S/N
Logradouro: POVOADO QUIXABA
Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 9911-6912 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 067.610.025-24	Placa QMC4205
Renavam 01148808466	Número do Motor JB01E0J031035
Número do Chassi 9C2JB0100JR031022	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora da Glória	Marca/Modelo HONDA/POP 110I
Modelo HONDA/POP 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 17/04/2018	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 individuo 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

Rivanio Bispo Moraes

Rivanio Bispo Moraes
(Comunicante / Vítima)

Responsável pelo Atendimento

"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."

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:

Nome completo da vítima:

067.610.025-24 Ruvanio Busto Marques

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

Nome completo:

Ruvanio Busto Marques

CPF:

067.610.025-24

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Quixeraba

Número:

3111

Complemento:

losa

Bairro:

Zona rural

Cidade:

W. So Da Glória

Estado:

SE

CEP:

519.680-000

E-mail:

marcosduffrin@gmail.com

Tel. (DDD):

49.99189207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

3303

CONTA:

24972

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **caixa**

AGÊNCIA:

3303

CONTA:

24972

0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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) Divorciado 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

gl. So Da Glória 17-06-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.