

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579438 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A
CHAGAS DE SOUSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE COM HEMATOMA PERIORBITAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579438

Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579438

Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 12/06/2019, emitida pelo Dr. RAFAEL LINARD, CRM nº 4944 - CE, da Instituição INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digitalizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5051 7520 3460 4094

VÁLIDO ATÉ

05/24

FRANCISCO R. C. SOUSA
3589-1234





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19031014B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 12/06/2019 Hora: 17:45 Município: EUSEBIO/CE
BR: 116 KM: 18,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: JAKSON ALENCAR, 1880130

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Nublado	Fase do dia: Anoitecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 12/06/2019, às 17:45:00, no km 18 da BR-116, sentido crescente, município de Eusébio-CE, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira seguido por queda de ocupante de veículo. Os veículos envolvidos foram: O automóvel Toyota Corola de placas DMR4454 (V1) e a motocicleta Honda/CG 160 de placa POR2706 (V2). A partir da análise dos vestígios materiais, e das declarações dos condutores, pôde-se determinar que, antes do acidente, conforme posição de imobilização, orientação e localização dos danos do veículo, V1 seguia fluxo pela faixa da direita, após adentrar à via, deslocava na mão de direção adequada, na faixa da direita, transitando pela BR no sentido crescente. V2 seguia fluxo pela faixa da esquerda, mudando de faixa para a da direita, quando colidiu no vértice traseiro esquerdo de V1, ocasionando a queda de ocupante de veículo em seguida. O local foi parcialmente desfeito. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Em avaliação das constatações registradas nesta narrativa, concluiu-se que o fator determinante foi velocidade incompatível de V2, uma vez que colidiu na traseira de outro veículo, por não conseguir realizar a frenagem completa. Observações: As imagens anexadas ao presente boletim confirmam conclusões sobre a dinâmica do acidente. A condutora de V1 restou ilesa. O condutor de V2 sofreu lesões leves. Os condutores de V1 e de V2 se submeteram a teste de etilômetro, restando em ambos o valor de 0,00 mg/l de ar alveolar. Os veículos foram entregues aos proprietários /condutores. As condições gerais da sinalização horizontal eram boas. O estado geral do pavimento era bom, com a presença de buracos no acostamento do acesso à BR. A sinalização vertical é boa.



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

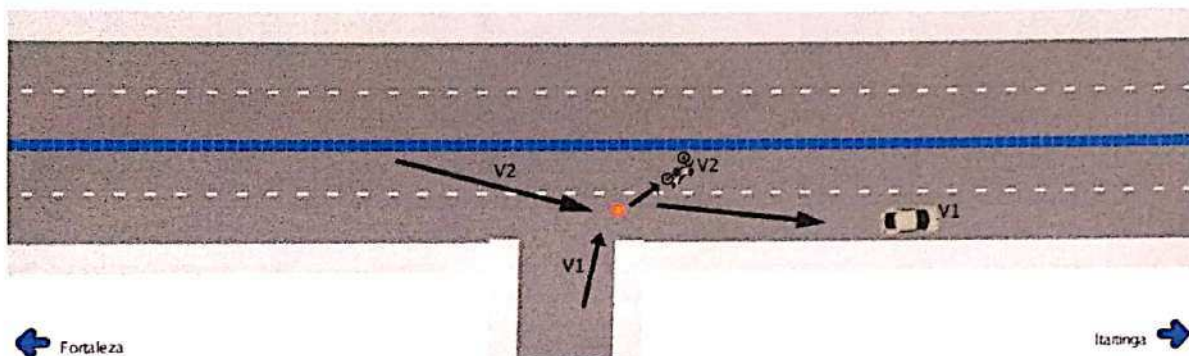


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Queda de ocupante de veículo	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V2			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	12/06/2019 17:45	12/06/2019 17:50

V1 - VEÍCULO 1 - DMR4454 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ptf.gov.br/movobva/autenticar>, informando o protocolo 19031014801 e o número de controle: 7F661CFDC361799794C87803AD45D.

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

Placa: DMR4454 Marca/modelo: TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BRBB48E295051762
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00118834550
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Bege



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX

Placa: DMR4454

Nº BOAT: 19031014B01

Nome do Agente: JAKSON ALENCAR

Matrícula do Agente: 1880130

Data: 12/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Montagem: Pequena



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle: 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

V1 - Proprietário

Nome: MICHELLE MARQUES FERNANDES BEZERRA

CPF/CNPJ: 821.323.643-20

Email: aprendameuemail@gmail.com

Telefone: 996669510

Endereço: Rua conselheiro Tristão, 900, apto 102, José Bonifácio, FORTALEZA-CE

V1C - CONDUTOR DE V1 - MICHELLE MARQUES FERNANDES BEZERRA

V1C - Informações

Nome: MICHELLE MARQUES FERNANDES BEZERRA

Data de Nascimento: 09/10/1978

CPF: 821.323.643-20

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Feminino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 16/09/1997

Nº Registro: 02498196500

UF: CE

Vencimento da habilitação: 21/01/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: R CONSELHEIRO TRISTAO, 900, AP 102, JOSE BONIFACIO, FORTALEZA-CE

Telefone: 996669510

Email: aprendameuemail@gmail.com

V2 - VEÍCULO 2 - POR2706 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: POR2706 Marca/modelo: HONDA/CG 160 START

Renavam: 01160735937

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KC2500JR132347

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V2 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue à companheira da vítima, Sra Francisca Regiane Pereira da Silva, RG 2001020021380, sob autorização do proprietário.



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 START
Nome do Agente: JAKSON ALENCAR

Placa: POR2706
Matrícula do Agente: 1880130

Nº BOAT: 19031014B01
Data: 12/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JAKSON ALENCAR, matrícula 1880130, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CF0C36179997AC4B7803AD45D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19031014B01

V2 - Proprietário

Nome: ZAINE DA SILVA BARROS SOARES

CPF/CNPJ: 062.674.393-13

Email:

Telefone: 99003553

Endereço: Pav. Justiniano de Serpa, 89, casa 1, AQUIRAZ-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

V2C - Informações

Nome: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

Data de Nascimento: 12/11/1985

CPF: 022.074.123-93

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A

Primeira habilitação: 14/05/2012

Nº Registro: 05490190980

UF: CE

Vencimento da habilitação: 19/11/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: Pav. Justiniano de Serpa, 89, casa 1, AQUIRAZ-CE

Telefone: 99003553

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Condutor encaminhado ao IJF, Equipe Resgate PRF.



Documento assinado eletronicamente por JAKSON AL ENCAR, matrícula 1880130, Polícia Rodoviária Federal, em 17/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19031014B01 e o número de controle 7F661CFDC36179997AC4B7803AD45D.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
digital ou
assinatura
manuscrita

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

8801754

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

568195441

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 21 20003 03 041504 - 9

Data de Emissão 30/03/2019

Nome FRANCISCA REGIANE PEREIRA DA SILVA

End. Postal PV JUSTINIANO DE SERPA 00089 CS 1

DISTRITO JUSTINIANO DE SERPA - AQUIRAZ - 60000000

Medidor 7379299

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 955990533-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Abr/2019
Data da Apresentação 30/04/2019
Previsão Próxima Leitura 30/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Fov/2019 EUSD 7,18
Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO
Alíquota
Valor do Imposto

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
3ECC.0786.20F6.39B7.0FDB.DB81.3777.CAC9

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,38	20,77	0,36	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,36		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	814	783	1,00	31	0,00	31	0,51825	16,06
	30/03/19	27/02/19		31 DIAS		31		16,06

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

VALOR (R\$)
16,06
-16,06

VENCIMENTO

08/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	8,34
Transmissão	0,89
Distribuição	4,76
Encargos Setoriais	1,28
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,79
TOTAL	16,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

32	31	41	30	36	29	35	28	30	28	32	27	37
MED	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 12,10
Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (% CO₂) 0%

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

...no combate ao mosquito transmissor



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emitido em: 12/06/2019 19:27:36

Por: DENISE SALES ARCANJO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 12/06/2019 19:23:06	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700004799434106	NOME: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA				Registro: 5621304		
CPF: 02207412393	RG: 2003009112842	O. NASC: 12/11/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA				NOME DO PAI: RAIMUNDO AQUILINO DE SOUSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: JUSTINIANO DE SERPA		Nº: 89	BAIRRO: JUSTINIANO DE SERPA			
COMPLEMENTO: CASA 01	TELEFONE: 999003553	MUNICÍPIO: AQUIDAUZ		UF: CE	CEP: 61700000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: FRANCISCA REGIANE PI REIRA DA SILVA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 999003553			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com história de síncope. Apresenta edema periorbitário. Orientado							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: PARALELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Colisão moto - carro, de capacete. TCE com perda de consciência.							
Exame Físico: Trauma de face, hematoma periorbital E. Dor ao abrir a boca, com limitação do mo-							
Conduta: vimento. ECG: IS, sem alterações. Abdome: flácido, Sem fraturas em membros aparentes. indolo							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: 10: TC crânio e face (dupl, só crânio)							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: RX							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 19:35		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Virginia C. M. Ribeiro Teixeira
Endocrinologia e Metabolologia
CRM 12534/RQE 9183

Arquivo Geral UF
Esta Cópia Contém
Com a Original
DATA: 11/07/2019
MATRÍCULA: 12534/19
MARCIA JULIA PINHO

0301060064
CONSULTA MÉDICA

NUCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA
NUTRIÇÃO

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>Neuro</u>		Data: <u>13/06/19</u> às <u>08:00</u> h	
<i>Glyson (15) KRAE</i> <i>T.C. curvas mes</i>		U301060061 CONSULTA MÉDICA <i>huba</i>	
CONDUTA: <u>Alta med</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>TO</u>		Data: <u>12/06/19</u> às <u> </u> : <u> </u> h	
<i>Sem quistos em esquite apendicular</i>		U301060061 CONSULTA MÉDICA	
CONDUTA: <u>Alta do TO</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>Brucomanilo</u>		Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> : <u> </u> h	
<i>Paciente vítima de Trauma de Face avali orientado, eupneico. Ao exame físico apresentar acuidade e motilidade ocular preservada, Gema em região de maloc. Ao exame imagiográfico não nota Traço de fratura óssea de abdômen cingido.</i>			
CONDUTA: <u>LITA BNF</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u> </u>		Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> : <u> </u> h	
<i>Dr. Fábio Linard</i> <i>Clínica de Endocrinologia e Metabolismo</i> <i>CRM: 14556</i>		U301060061 CONSULTA MÉDICA	
CONDUTA: <u> </u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
① Propenid 100mg + SC 0,9%, 100 mL EV agudo	<u>21.00</u>

Virgínia M. Ribeiro

Endocrinologia e Metabolismo

CRM: 12334/RQE 9183

U301100012

ADM. MEDICAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Arquivo Geral UP Esta cópia contém Com a Original DATA: <u>14/07/2019</u> MATRICULA: <u>20.14.14</u> <i>Maria Julia Pinho</i>	Sinais Vitais/MT. (h) SN(h) P.A: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> T: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> FC: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> FR: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA	
☐ Transferência ☐ Óbito	☐ Internação ☒ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão
Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> : <u> </u> h Ass./Carimbo Médico:	
OBITO	
Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não	
Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:	



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: Francisco Rogério Rodrigues Chagas de Sousa		Nº AIH/RAE: SG21304	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: 33a	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
Acidente de moto			
DN: 12/11/1985			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☒ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☒ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☒ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MSE
			☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante: <i>Virginia C. M. Ribeiro Teixeira</i> Endocrinologia e Metabolologia CRM 12534/RQE 9183		REGISTRADO E-SUS	
		Data: 12/06/19	
		Hora: 19:11	
Data: / /		Hora: h minutos	

SEGURADORA LIDERATIVA DO BRASIL
WINDUP DO BRASIL S.A.

CE/RAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015383478063

DIS 1 1160735937 0000000000 2019

RAINE DA SILVA BARROS SOARES

NOROESTE / CE

06267439313

POR2706/CE

PLACA ANT. US

007K02500JRI132947

ESPORTE

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/PAS RELIT.

GASOLINA

MARCA MODELO

HONDA/CE 160 START

ANO FAB

2018

CAPITOT/CE

CATEGORIA

CONTRAPRESTANTE

2P/DCU/162CC

PARTEIC

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1	*****	1*	*****
2	*****	2*	*****
3	*****	3*	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

0.52

80.58

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.52

80.58

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

NOROESTE

DATA

24/08/2019

Assinatura

Assinatura

CE Nº 015383478063

06267439313

POR2706

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

15383478063

06098516760

DIS

2019

24/08/2019

VM

1

CEP

06267439313

PLACA

POR2706

RENAVAM

1160735937

MARCA MODELO

HONDA/CE 160 START

ANO FAB

2018

ULTIMO

09

CHASSI

007K02500JRI132947

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS R\$	DEBITAR R\$	CUSTO DO BILHETE R\$
36.05	4.01	20.02
CUSTO DO BILHETE R\$	RIS R\$	DEBITAR R\$
4.15	0.32	04.16
PAGAMENTO	PAGAMENTO	DATA DE OUTRORAÇÃO
☒ COTA UNICA	☐ PARCELADO	11/02/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 07.240.808/0001-04

MOTOR: KC2500132947



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354139/19

Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAG

CPF: 022.074.123-93

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ROGERIO
RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA : 022.074.123-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA
CPF: 022.074.123-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

NCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOI

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579438 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A
CHAGAS DE SOUSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE COM HEMATOMA PERIORBITAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354139/19

Vítima: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAG

CPF: 022.074.123-93

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ROGERIO
RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA : 022.074.123-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA
CPF: 022.074.123-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO ROGERIO RODRIGUES CHAGAS DE SOUSA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA