

PROTÓCOLO  
RECEBIDOTERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Assis Lima da Silva, brasileiro(a),  
 estado civil solteiro profissão Aprendiz de portador(a) do RG. nº  
001.638-495 - SSP/RN e CPF de nº: 024.706.734-29, residente e  
 domiciliado na Rue Maria da Glória, nº 112,  
 Bairro Centro do meio- Município de Guamaré/RN, CEP:  
59598000, com telefone para contato: (84) 998483457

OUTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado,  
 assistente administrativo, residente e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8,  
 Bairro da Cidade Da Esperança - Natal/RN CEP 59070-390, inscrito no CPF de nº  
 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com telefone para contato (84)  
 9 8779.0612.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) **OUTORGANTE** nomeia e  
 constitui o **OUTORGADO** seu bastante procurador, para o fim especial de  
 requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT,  
 o pagamento do sinistro, que viabilizou em acidente de trânsito o(a)  
Francisco Assis Lima da Silva ocorrido em 29/03/2019  
 conforme registrado no B.O anexado ao processo.

Podendo o dito **PROCURADOR**, representar o(a) **OUTORGANTE** como se o  
 próprio fosse, podendo requerer, assinar redbos, assinar declarações de  
 endereço, assinar autorização de pagamento/eredito de Indenização de  
 sinistro DPVAT, assim requerer e assinar todos os papéis e documentos que  
 forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e  
 fiel cumprimento do presente mandado.

20 de maio de 2019

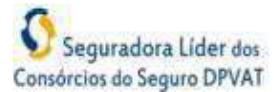
Francisco Assis Lima da Silva  
 CPF nº: 024.706.734-29  
 Outorgante



PROTÓCOLO RECEBIDO
17 JUN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Ofício Único de Guamaré	Reconheço a firma <u>Francisco Assis Lima da Silva</u> de de <u>Francisco Assis Lima da Silva</u> .
	Dou Fé.
Guamaré, RN	20/05/2019
Em Testemunho	<u>Jacó</u> da Verdade
	JULIA RAFAELLE PEREIRA DOS SANTOS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205826/19

**Vítima:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

**CPF:** 024.706.734-29

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA : 024.706.734-29

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019  
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES  
CPF: 016.640.974-06

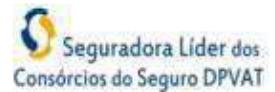
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205826/19

Número do Sinistro: 3190384973

Vítima: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

CPF: 024.706.734-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/07/2019

Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

CPF: 016.640.974-06

Data do cadastramento: 29/07/2019

Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA

CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190384973**

**Vítima: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190384973

Vítima: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 0000042663-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3190384973**

**FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: **15/03/2019**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANDRE DA CRUZ GONCALVES**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190384973**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

024.706.734-29

FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCUAR SUSP Nº 405/2012

Nome completo:

FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

CPF:

024.706.734-29

Número:

Complemento:

Profissão:

RECUSO

Endereço:

MARIA DA GLÓRIA

Bairro:

Baixa Domélio

Cidade:

GUAMARÉ

Estado:

RN

CEP:

59598-000

Tel.(DDD):

(84) 9.8729-0612

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

0766

CONTA:

12663

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(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 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 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 UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

MORTE

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  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

nascituro (val nasc.)?

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Guamá 15/06/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO RECEBIDO

17 JUN 2017

TERESA DO SOC. ADM.  
E CORRETORA DE SEGS

2º | Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

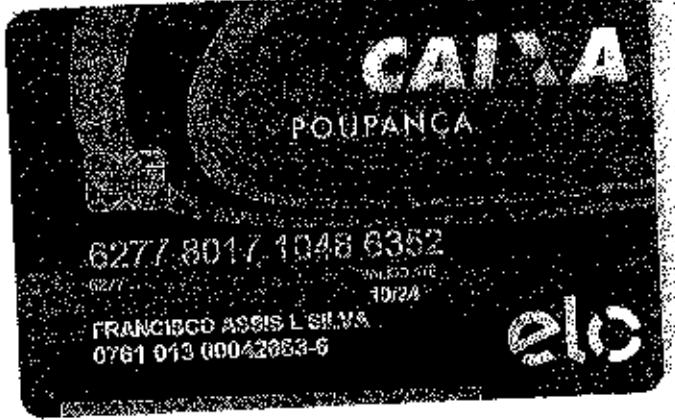
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 cópia do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MACAU  
Rua Dr. Abelardo de Melo, s/n Valadão - Macau/RN, CEP 59500-000, TELEFAX 3521-6475.

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 275/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO/ DPVAT

Local: BR 406 BAIXA DO MEIO

Data do Fato: 15 / 03 / 2019

Horário: 08:40h

COMUNICANTE: JAQUELINE PEDRO DA SILVA LIMA | Fone: 999851876

Filiação: JOSE PEDRO DA SILVA E FRANCISCA OLIVEIRA DA SILVA

Naturalidade: JOAO CAMARA / RN | Nacionalidade: BRAS.

Nascido: 16 / 01 / 1984 | Idade: 35 Anos | RG: 2.333.898 RN CPF 055.019.754-08

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA 112 BAIXA DO MEIO DISTRITO DE GUAMARE / RN

Estado Civil: CASADA | Profissão: DO LAR

VITIMA1: COMUNICANTE | Fone:

Filiação:

Naturalidade: | Nacionalidade: BRAS.

Nascido em: | Idade: ANOS | RG:

Endereço:

Estado Civil: | Profissão:

VITIMA2: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA | Fone: 99844.3457

Filiação: JOSE MIGUEL DA SILVA e FRANCISCA GALVAO DE LIMA

Naturalidade: GUAMARE / RN | Nacionalidade: BRAS.

Nascido em: 23 / 10 / 1976 | Idade: 42 ANOS | RG: 1.638.495 RN CPF 024.706.734-29

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA 112 BAIXA DO MEIO DISTRITO DE GUAMARE / RN

Estado Civil: CASADO | Profissão: APOSENTADO

### HISTÓRICO

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A COMUNICANTE E NA OCASIAO RELATOU QUE SEGUIA MAIS O SEU ESPOSO EM UMA MOTO HONDA PLACA QGI 0692 RN NA BR 406 QUE NA OCASIAO SEU ESPOSO PILOTAVA A MOTO QUE ANTES DE UMA LOMBADA, SEU ESPOSO AO FREIAR, A MOTO DERRAPOU INDO AMBOS AO CHAO VINDO A SOFREREM LESOES CONFORME LAUDO MEDICO APRESENTADO..

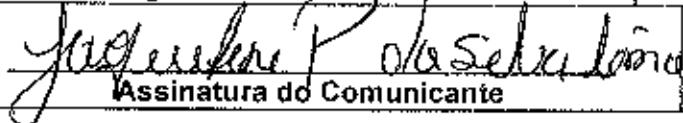
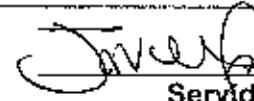
DADOS DO VEICULO: MOTO HONDA CG 125 FAN KS - ANO 2016 - PLACA QGI 0692 RENAVAM 01093532723 - CHASSI 9C2JC4110FR219011 - PROPRIETARIO FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

As informações são de inteira responsabilidade do comunicante.

José Wilson Dantas da Silva  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 122.766-1

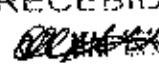
Registrado em: 29/03/2019

Hora: 09:50H

  122766-1

Assinatura do Comunicante

Servidor e Matrícula

PROTÓCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS



PROTÓCOLO RECEBIDO
17 JUN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS

# 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: 02/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000042663-6

---

Nr. da Autenticação F60BADFD10F828FD



Eu, Francisco Assis Lima da Silva, Portador do CPF  
024.706.739-29, residente na Rua Maria da Glória, 112, no Bairro  
Baixa do Meio em Guamaré RN, tenho solicitado a segura-  
dade fazer o reajuste do meu Reimburso de número  
3190 384973, pois não concordo com o valor da inden-  
ização que me foi paga.

A minha discordância é pelo fato de eu estar  
com sequelas e o valor recebido não é satisfatório.  
Se for necessário posso passar para perícia médica  
não existe problema, a seguradora pode marcar  
a perícia para me陪同.

Estou no aguardo da reanálise do meu Reimburso  
o mais rápido possível, segue o laudo médico.



Natal 29 de Julho de 2019

Franisco Assis Lima DR SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384973      **Cidade:** Macau      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR DIREITO. P1, 22

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE BLOQUEADA). P6 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384973      **Cidade:** Macau      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR ESQUERDO. P1, 22

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE BLOQUEADA). P6  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384973      **Cidade:** Macau      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR ESQUERDO. P1, 22

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE BLOQUEADA). P6  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384973      **Cidade:** Macau      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ASSIS LIMA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÉMUR ESQUERDO. P1, 22

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE BLOQUEADA). P6  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>