

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	COBERTURA DPVAT: INVALIDEZ
PROFISSÃO: ESTOQUISTA	
IDENTIDADE: 20081448494 SSP CE	CPF: 066.117.543-00
ENDEREÇO: RUA DIOGENS FRAZAO, 700, CSA B, SEMINARIO, CRATO, CE	

OUTORGADO

NOME: ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
PROFISSÃO: ADVOGADO	OAB/CE 38.746
IDENTIDADE: 99029244985	TELEFONE: (88) 9.9660-7952
ENDEREÇO: RUA BARBARA DE ALENCAR, Nº 995, SL 102, CENTRO, CRATO, CEARA.	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

CRATO - CE 18 - 02 - 2019

LOCAL E DATA



Timoteo Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO MARIA JULIA	
4º OFÍCIO FONE: (88) 3523-4248	
☐	☒
Reconheço a(s) firma(s) de Timoteo Pereira da Silva por autenticidade.	
Em 18/02/2019	
Francisca Silva - TITULAR	
CPF: 075.117.275-87	
Francineiry Silva de Figueiredo	
CPF: 485.731.732-20 - ESC. SUB.	
Maria Rodrigues da Silva	
CPF: 714.005.553-87 - ESC. SUB.	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100256/19

Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

CPF: 066.117.543-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR : 600.233.963-93

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

TIMOTEO PEREIRA DA SILVA : 066.117.543-00

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 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: 25/03/2019
Nome: ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR
CPF: 600.233.963-93

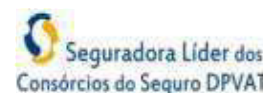
ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366646/19

Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

CPF: 066.117.543-00

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TIMOTEO PEREIRA DA SILVA : 066.117.543-00

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: 21/10/2019
Nome: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA
CPF: 066.117.543-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: MARIA JUSSIVANIA DA SILVA
CPF: 016.067.853-62

TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

MARIA JUSSIVANIA DA SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595286

Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIMOTEO PEREIRA 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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595286

Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 0000071132-4

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, retorne 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.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.117.543-00 Nome completo da vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA CPF: 066.117.543-00

Profissão: ESTOQUISTA Endereço: RUA DIOGENES FRAZÃO Número: 700 Complemento: CEA B

Bairro: SEMINARIO Cidade: CRATO Estado: CE CEP: 63.100-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (88) 996607952

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 71.132 4
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

Local e Data: CRATO, CE, 01/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Timoteo Pereira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 AUTO ATENDIMENTO | 14/02/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0684 CRATO OPER: 013 CONTA: 71.132-4
PERIODO: 14022019 ATE: 14022019 CPF: 066.117.543-00
NOME: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA VLR.BLQ.COD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	F9B54198
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR

SALDO EM 13/02/2019 R\$ 100,37 C

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: 066.227.543-00 4 - Nome completo da vítima: Timoteo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Timoteo Pereira da Silva 6 - CPF: 066.227.543-00
7 - Profissão: vendedor 8 - Endereço: rua Luana da Mangabeira 9 - Número: 1470 10 - Complemento:
11 - Bairro: Semisul 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.105.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 338000530

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 511.32 4
(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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prévia, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Crato - Ce 18.10.13

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Timoteo Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

260208.



Impressão nº 2019107822

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1183 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 14/02/2019 08:36:42
Data / Hora da Ocorrência: 15/11/2018 07:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR
Complemento:
Bairro: PALMEIRAL Município: CRATO/CE
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: TIMÓTEO PEREIRA DA SILVA
Nascimento: 04/06/1994 CPF:
RG: 2008144849-4 Órgão Emissor: UF: CE
Filiação: FRANCISCA PEREIRA DA SILVA
PEDRO PEREIRA SOBRINHO
Endereço: RUA DIÓGENES FRAZÃO, 708 AP 700H
Bairro: SEMINÁRIO CEP:
Município: CRATO/CE
País: BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NVF4818 UF: CE Município: CRATO Chassi:
9C2KD63208R031234 Renavam: 270371184 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/MXR150 BROS KS Ano
Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: TIMÓTEO PEREIRA DA SILVA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ABALROAMENTO

Histórico

Advertido(a) das penas previstas para os crimes de falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime/contravenção. (a) noticiante DISSE: QUE no local, data e hora supracitados pilotava sua motocicleta, supra descrita, a caminho do seu trabalho, quando um carro, do tipo D-20, não lembrando demais características, foi lateralmente em sua direção, ocasionando uma colisão; QUE, com o choque, caiu do seu veículo, tendo sofrido uma fratura na clavícula e uma fratura exposta em um dedo do pé direito, além de várias escoriações pelo corpo; QUE a condutora da D-20 parou o veículo e prestou ajuda ao noticiante; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital São Raimundo, nesta urbe; QUE no dia 19/11/2018 retornou a esse, onde foi submetido a uma cirurgia na clavícula; QUE está prestando a presente notícia para fins do seguro DPVAT; QUE por hora não deseja representar criminalmente, e está sendo advertido(a) que possui o prazo decadencial de 6(seis) meses para representar. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Timoteo Pereira da Silva

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

CRATO/CE 15/02/2019 08:36:42



Certifico e Autenticar a Presente Fotocópia
Data: 15/02/2019 UF: CE 7418179

7418179 - TITULAR
7418179-37
Mário Rodrigues da Silva
CPF: 714.095.583-47 - ESC. SUP.

Assinado digitalmente por
Mário Rodrigues da Silva
CPF: 714.095.583-47



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso nº 2019267823

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1183 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DAVID ALVARO DE LUCENA - MAT.: 183555-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ** Jomatos Pereira da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 188757-1-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso nº 2019107823

BOLETIM DE Ocorrência N° 446 - 1183 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/02/2019 08:36:42**
Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2018 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR**
Complemento:
Bairro: **PALMEIRAL** Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **TIMOTEO PEREIRA DA SILVA**
Nascimento: **04/06/1994** CPF:
RG: **2008144849-4** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA PEREIRA DA SILVA**
PEDRO PEREIRA SOBRINHO
Endereço: **RUA DIÓGENES FRAZÃO, 700 AP 700H**
Bairro: **SEMINÁRIO** CEP:
Município: **CRATO/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVF4818** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2KD03208R031234 Renavam: **270371184** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **TIMOTEO PEREIRA DA SILVA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Advertido(a) das penas previstas para os crimes de falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime/contravenção. O(a) noticiante DISSE: QUE no local, data e hora supracitados pilotava sua motocicleta, supra descrita, a caminho do seu trabalho, quando um carro, do tipo D-20, não lembrando demais características, foi lateralmente em sua direção, ocasionando uma colisão; QUE, com o choque, caiu do seu veículo, tendo sofrido uma fratura na clavícula e uma fratura exposta em um dedo do pé direito, além de várias escoriações pelo corpo; QUE a condutora de D-20 parou o veículo e prestou ajuda ao noticiante; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital São Raimundo, nesta urbe; QUE no dia 19/11/2018 retornou a esse, onde foi submetido a uma cirurgia na clavícula; QUE está prestando a presente notícia para fins do seguro DPVAT; QUE por hora não deseja representar criminalmente, e está sendo advertido(a) que possui o prazo decadencial de 6(seis) meses para representar. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Timoteo Pereira da Silva

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

CRATO/CE, 14/02/2019 08:36:42

[Assinatura]

[Assinatura]
Pág. 2 de 2
Delegacia da Polícia Civil
M.P. 404.569-1/0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso nº 2019107823

BOLETIM DE Ocorrência N° 446 - 1183 / 2019

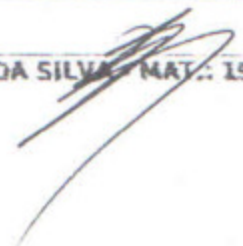
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


DAVID ALMINO DE LUCENA - MAT.: 198338-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

* Junilson Pereira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :


DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7

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:

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

Nome completo: CPF:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 71.132 4

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

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

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

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: CRATO, CE, 01/03/2019
Nome: CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

* Timoteo Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 AUTO ATENDIMENTO | 14/02/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0684 CRATO OPER: 013 CONTA: 71.132-4
PERIODO: 14022019 ATE: 14022019 CPF: 066.117.543-00
NOME: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA VLR.BLQ.COD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	F9B54198
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR

SALDO EM 13/02/2019 R\$ 100,37 C

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: 066.227.543-00 4 - Nome completo da vítima: Timoteo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Timoteo Pereira da Silva 6 - CPF: 066.227.543-00
7 - Profissão: vendedor 8 - Endereço: rua Luana da Mangabeira 9 - Número: 1470 10 - Complemento:
11 - Bairro: Semisul 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.105.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 998000530

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 511.32 4
(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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prévia, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Crato - Ce 18.10.13

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Timoteo Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **TIMÓTEO PEREIRA DA SILVA**, portador do RG n.º 2008144849-4, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 066.117.543-00, no dia 15/11/2018, às 07h05, no município de Crato/CE, na Avenida Thomaz Osterne de Alencar, próximo a antiga usina, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o Hospital São Raimundo. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 03 de dezembro de 2018.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000071132-4

Nr. da Autenticação 6C1084535811CFE1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014413533689

FP1
01 **270371184** **0000000000** **2018**
TIPO **PEREIRA DA SILVA**
CRATO **/CE**
06611754300 **NVE4818/CE**
/CE **9C2KDD03208R031234**
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. **BASOLINA**
HONDA/NXR150 BROS KS **2008** **2008**
2P/OCV/149CC **PARTIC** **FRETA**
1 ****/**/**** **1***
V ****/**/**** **2***
A ****/**/**** **3***
180.65 **0.70** **185.50** **21/08/2018**
CRATO **24/08/2018**
Igor Pontes
Superintendente **DETRAN-CE**
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT
CE Nº 014413533689 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
06611754300 **NVE4818/CE**
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
014413533689 **68310240560**
01 **06611754300** **NVE4818**
2018 **24/08/2018**
270371184 **HONDA/NXR150 BROS KS**
2008 **PART** **9C2KDD03208R031234**
81.29 **9.03** **90.33**
4.13 **0.70** **185.50**
21/08/2018
SEGURO LIDER - DPVAT
CHP 09.248.0080001-06
MOTOR: KD03E2B031234
02666




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **TIMÓTEO PEREIRA DA SILVA**, portador do RG n.º 2008144849-4, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 066.117.543-00, no dia 15/11/2018, às 07h05, no município de Crato/CE, na Avenida Thomaz Osterne de Alencar, próximo a antiga usina, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o Hospital São Raimundo. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 03 de dezembro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595286 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA. P.03/07/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMGEM P.10

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595286 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIMOTEO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA. P.03/07/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMGEM P.10

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50