Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707484 **Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA**

Data do Acidente: 12/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

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

Pag. 00845/00846 - carta_01 - INVALIDEZ
00040423
Carta nº 15267235

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707484 **Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA**

Data do Acidente: 12/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01361/01362 - carta_03 - INVALIDEZ
00070681
Carta nº 15267739

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707484

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

Pag. 00223/00224 - carta_02 - INVALIDEZ
00050112

Carta nº 15320943

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707484 **Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA**

Data do Acidente: 12/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

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 joelho 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: **LUIS CARLOS TORRES FERREIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000000250-X**
Conta: **000010099001-0**
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

Pag. 01291/01292 - carta_30 - INVALIDEZ
00040646

LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 55492479253
4 - Nome completo da vítima: Luis Carlos Torres Ferreira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Luis Torres Ferreira
6 - CPF: 55492479253
7 - Profissão: Pedreiro
8 - Endereço: R. Getulio Coreia de punho
9 - Número: 162
10 - Complemento:
11 - Bairro: Senador Helio Campos
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69316
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99133855

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0250 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 99001 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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.

PERMANENTE

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 presencial, 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.

MORTE

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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista Dezembro 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Luis Carlos Torres Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

S 001 V002/2019

LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 55492479253
4 - Nome completo da vítima: Luis Carlos Torres Ferreira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Luis Torres Ferreira
6 - CPF: 55492479253
7 - Profissão: Pedreiro
8 - Endereço: R. Getulio Coreia de punho
9 - Número: 162
10 - Complemento:
11 - Bairro: Senador Helio Campos
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69316
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99133855

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0250 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 99001 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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.

PERMANENTE

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 presencial, 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.

MORTE

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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista Dezembro 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Luis Carlos Torres Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

S 001 V002/2019

LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 55492479253
4 - Nome completo da vítima: Luis Carlos Torres Ferreira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Luis Torres Ferreira
6 - CPF: 55492479253
7 - Profissão: Pedreiro
8 - Endereço: R. Getulio Vargas de penho
9 - Número: 362
10 - Complemento:
11 - Bairro: Senador Helio Campos
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69316
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99133585 5

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0250 (X) CONTA: 99001 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
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.

PERMANENTE

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 presencial, 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista Dezembro 19

Assinatura do Representante Legal (se houver)
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

567520

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017290/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/06/2019 07:33 Data/Hora Fim: 13/06/2019 08:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 1045 Data: 12/06/2019
Delegado de Polícia: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 12/06/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA MAURO CAMPELO Bairro: Jóquei Clube

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RENATO DE OLIVEIRA FERNANDES (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CJ-11
Bairro: JOQUEI CLUBE Nº: 500

Nome Civil: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. GETULIO CORREA
Bairro: HELIO CAMPOS Nº: 162

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)
Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito envolvendo o Sr. Renato de Oliveira Fernandes que Dirigia o Veiculo PLACA MVB-9598 e o Sr. Luis Carlos Torres Ferreira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAV-3259. Que devido ao acidente o Sr. Luis Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Que o Sr. Luis Carlos Torres Ferreira não possui CNH ou PPD. Era o relato.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017290/2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR - RR
(Comunicante)

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

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 11 / 12 / 2019.
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010099001-0

Nr. da Autenticação 5848B35E2B93E9AC

CAERR

CNPJ: 05.535.427/0001-12
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.015.426-9
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

CAE 0800 280 9520

Matrícula: 1015400

Setembro/2019

Dados do Cliente:

ANTONIO CARLOS DE JESUS FERREIRA

Endereço para entrega:

AV GETULIO CORREA DE PINHO, NUM. 00162 - SENHOR HELIO CAMPOS BOA VISTA RR 69316

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.028.183.0095.000	39	1480	RESIDENCIAL 1

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL

	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.			10	0
LEITURA INF.				
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

201909	10-0
201907	10-0
201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de D
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 C.P

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.T.	OUT
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/10/2019

TOTAL A PAGAR 24,30

AVISO:EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZACAO DA VIDA E PREVENCAO AO SUICIDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."

IMPRESSO EM: 03-09-2019 08:10:17

Via do Cliente

CAERR

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1015400	09/2019	15/10/2019	24,30

82610000000- 7 24300004001- 0 00101540001- 1 09201990003- 1

Via do CAERR

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0070349-4

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	37543	
Anterior:	37276	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	267	
Consumo Faturado:	267	FCAN

DATAS DA LEITURA	
Atual:	23/07/2019
Anterior:	21/06/2019
Próxima Leitura:	23/08/2019
Emissão:	22/07/2019
Apresentação:	23/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	11EDB06955	N 14 1801	1.1.1.2	233

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	147
MAI/19	212
ABR/19	239
MAR/19	182
FEV/19	170
JAN/19	294
DEZ/18	210
NOV/18	280
OUT/18	292
SET/18	229

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 267 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 267 A R$ 0,764602 =	204,14
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,88
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	1,56
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,29
MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,27
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	1,85
ILUMINACAO PUBLICA	25,53

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	148,63

20

LIGUE 0800701912O E FAÇA O PAGAMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	52,45
Energia:	111,22
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,77
Tributos:	34,70

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	204,14
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,70
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0070349-4	237,56
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	06/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN

83620000002 1 37560075000 0 0000000007 0 3 34940719008 2

SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 82539343/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luis Torres Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 55492479/53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Luis Torres Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 55492479/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: R. C C 11		Número: 294	Complemento:
Bairro: Jauro marino	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69031050
Email:		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): 99113385 55

Boa Vista, 07 de dezembro de 19
Local e Data

William gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:
Reclassificação ____:____ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:
Reclassificação ____:____ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

1901122005 12/06/2019 08:32:21

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 7

Paciente: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA
Data Nascimento: 24/04/1990
Idade: 29 A 1 M 18 D
CNS: 708704171447996
CPF: 55492479253
Prontuário: 00092061
Tipo Doc: IDENTIDADE
Documento: 4174046
Órgão Emissor: SSP/RR
Data Emissão: 30/11/2014
Sexo: M
Estado Civil: NAO INFORMADO
Raça/Cor: PARDA
Naturalidade: BOA VISTA - RR
Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA JOSE TORRES FERREIRA
Contato: NI
(95) 99138-8517
Endereço: RUA - GETULIO CORREA DE PINHO - 162 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR
Ocupação:

Class. de Risco:
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira:
Validade:
Autorização:
Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Peso:
Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.:
Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES

Queixa Principal
( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Trauma moto - carro

Anamnese de Enfermagem

Trazido por ambulância do Exército.

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente relata dor MI (E) e dor à respiração. Vítima de acidente motociclístico, usava capacete que foi retirado. Referé trauma de MIE.

Exame Físico

A: VAP, com colar cervical B: TX simétrico, MV (+)
C: sangramento em perna (E) D: LOTE, Glasgow 15.

Hipótese Diagnóstica (E) MIE imobilizado.

SADT - Exames Complementares
(X) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Dipirona 2g		
(2) Tenoxicam 40mg | (EV).		
(3) Avali ORTOPEDIA		
Obtenha		
Fratura fibula perna esq		
+ Fratura perna fibula		
Tubo gelo		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-9020
AUTENTICAÇÃO
03 DEZ 2019
Declara e Eu, Fe que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Carlos Enrique La Roca
Médico
CRM-RR 463

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para:
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/____ __:__:__

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__:__

Dr. Luiz Fernando Rodrigues
Cirurgião Geral
CRM-RR 1583

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 12/06/2019 08:34:08

1901122005

13:20: – 12/06/19

TC crânio: s/ alterações pós-traumáticas aparentes.

No momento, clinicamente bem, Glasgow 15.

CD: Alta c/ orientação + receita médica.

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
RQE: 789 / CRM-RR 1583

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, s/n
Novo Planeto Tel (95) 2121-0622
AUTENTICAÇÃO
03 JUN 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel à Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Luis Carlos Torres Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 417404-6

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/2015

NOME
LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

FILIAÇÃO
ANTONIO CARLOS DE JESUS FERREIRA
MARIA JOSÊ TORRES FERREIRA

NATURALIDADE
CARUTAPERA - MA

DATA DE NASCIMENTO
24/04/1990

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 9884 FLS 276 LIV XVIII-A
CARUTAPERA-MA

CPF

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista do Instituto Geral
Senhor da Lei

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DOC ORIGEM
CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20
2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190707484
Nome do(a) Examinado(a): Luis Carlos Torres Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Av Getulio Correia de Pinho162, S/N
Sen Helio Campos Boa Vista RR CEP: 69316-402
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 4174046
Data local do acidente: [12/06/2019]
Data local do exame: [06/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA FÍBULA E PROXIMAL

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019
Complicações: JOELHO E: SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO PARA AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO FLEXÃO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

JOELHO E: SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO PARA AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO FLEXÃO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

JOELHO E: SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO PARA AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO FLEXÃO

Caso a resposta do item V seja "“Não"”, concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458008/19

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

CPF: 554.924.792-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS CARLOS TORRES FERREIRA : 554.924.792-53

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: 18/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707484 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA ESQUERDA PROXIMAL.

Descrição do exame físico: JOELHO E: SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO PARA AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO FLEXÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707484 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Luis Carlos Torres Ferreira
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Militar RG: 417409-6
CPF: 559.924.792-53 ENDEREÇO: Rua Artur Cerqueira de Pinho, 162
BAIRRO: Senador Hélio Campos CIDADE: Boa Vista
CEP

VÍTIMA: Luis Carlos Torres Ferreira
CPF: 559.924.792-53 DATA DO SINISTRO: 12/06/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.393-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Boa Vista/RR, 04 de Novembro de 2019.

Luis Carlos Torres Ferreira
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 8º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alaíde Teixeira, 4507 - Aeroporto - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3225-4430
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1" LUIS CARLOS TORRES FERREIRA
154929
Em testemunho da verdade. WBS
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 04 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portaleslr.com.br
RECFIR156296UYADSETT9UYA5E51 /
Emolumentos: R$ 2.45 FundosTSS: R$ 0.55 SELO: R$ 1.50 Total: R$ 4.50
Maria Carolina Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458008/19

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA **Data do acidente:** 12/06/2019

CPF: 554.924.792-53 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS CARLOS TORRES FERREIRA : 554.924.792-53

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/12/2019	Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458008/19

Número do Sinistro: 3190707484

Vítima: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Data do acidente: 12/06/2019

CPF: 554.924.792-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS CARLOS TORRES FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUIS CARLOS TORRES FERREIRA : 554.924.792-53

Autorização de pagamento

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 30/12/2019	Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA