

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **663 851 993-04** 3 - CPF da vítima: **663 851 993-04** 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO DA SILVA SALES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:		ADRIANO DA SILVA SALES		6 - CPF:	663 851 993-04
7 - Profissão:		INDEPENDENTE		8 - Endereço:	RUA LEANDRO GOMES COSTA
9 - Número:		1447		10 - Complemento:	CEMETEFO
11 - Bairro:		CENTRO		12 - Cidade:	PRIMODRETAMA
13 - Estado:		CE		14 - CEP:	6226000
15 - E-mail:				16 - Tel. (DDD):	(65) 9885-73375

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:		<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1958 L3 CONTA: 000 26 207 6		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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <ul style="list-style-type: none"> • 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no OMI)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (valores): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

ADRIANO DA SILVA SALES
(3 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 373 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 05/03/2020 13:23:27

Data / Hora da Ocorrência: 23/06/2019 14:35:00

Endereço da Ocorrência: AV VALE ALBINO, CENTRO - PINDORETAMA/CE

Ponto de Referência: POSTO ABN

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ADRIANO DA SILVA SALES

Nascimento: 15/05/1979 CPF:

RG: 20092015100372 Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: FRANCISCA DA SILVA SALES

CARLITO MOURA SALES

Endereço: RUA LEANDRO GOMES COSTA, 1447 CASA

Bairro: CENTRO

Município: PINDORETAMA/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (85) 95122-8294

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: OHG6954 UF: CE Município: PINDORETAMA Chassi:

9C2KC1650CR551238 Renavam: 471953377 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CB 150 TITAN ESD Ano

Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Cor: PRETA Proprietário: EDNARDO HOLANDA LIMA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACAS OHG-6954, EM NOME DE EDNARDO HOLANDA LIMA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO REALIZOU UMA MANOBRA INDEVIDA E FREIO BRUSCAMENTE NA FRENTES DO DECLARANTE; QUE NÃO DEU TEMPO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO NA TRASEIRA DO VEÍCULO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DOUTOR JOSE FRUTA COM FRATURA NA TIBIA DA Perna DIREITA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGAÇÃO DESTINO: DELEGAÇÃO MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

ESCRITÓRIO AD HOC - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ADRIANO DA SILVA SALES

VISTO DO DELEGADO(A): _____

ALESSANDRA ALBUQUERQUE GUEDES - MAT.: 301193-2-40

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200112551
Nome do(a) Examinado(a): Adriano da Silva Sales
Endereço do(a) Examinado(a): R Leandro Gomes Costa, 1447
Centro Pindoretama CE CEP: 62860-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2002015100372
Data local do acidente: [23/06/2019]
Data local do exame: [19/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITAS

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

Tratamento: OSTEOSÍTESE DA TÍBIA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 20/02/2020

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

MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III E DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSAO E INVERSAO E BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR.

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

(X) Sim **() Não**

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

(X) Sim **() Não**

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

SEQUELA FUNCIONAL E ANATÔMICA MODERADA DO MEMBRO PELA DEFORMIDADE, PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: **() 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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

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, 29 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200112551 **Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES**

Data do Acidente: 23/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA SALES

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ADRIANO DA SILVA SALES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **0000026207-6**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 663.851.993-04 4 - Nome completo da vítima: ADRIANO DA SILVA SALES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	ADRIANO DA SILVA SALES			6 - CPF:	663.851.993-04
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
AUTÔNOMO	RUA LEANDRO GOMES COSTA	1447			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	16 - Tel. (DDD): (85) 9885-73375	
CENTRO	DIMORRETAMA	CE	6226000		
15 - E-mail:					

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1958 L3 CONTA: 00026207 6

(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 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 Lider 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 OMI) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (valores): 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 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

ADRIANO DA SILVA SALES

(3) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200112551 **Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES**

Data do Acidente: 23/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA SALES

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

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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112551

Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA SALES

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



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: 24/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 00000026207-6

Nr. da Autenticação 10BC5D08779521A9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112551 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA REGIÃO DA CABEÇA
FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FIBULA DIREITA.
LACERAÇÃO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA. (P1/2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112551 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA REGIÃO DA CABEÇA
FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FIBULA DIREITA.
LACERAÇÃO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA. (P1/2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112551 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITAS

Descrição do exame físico: MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III E DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSAO E INVERSAO E BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112551 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITAS

Descrição do exame físico: MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III E DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSAO E INVERSAO E BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



Seguradora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

Vítima	<u>ADRIANO DA SILVA SALES</u>	DATA DO ACIDENTE	<u>15/05/1979</u>	CPF DA VÍTIMA	<u>663 851 993 04</u>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	<u>ADRIANO DA SILVA SALES</u>	ENDERECO DO PORTADOR	<u>RUAS LEANDRO GOMES COSTA, 1447 CENTRO PINDORETAMA</u>	Bairro	
Nº		COMPLEMENTO		UF	
CIDADE				CEP	
E-MAIL				TELEFONE	(<u> </u>)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

I LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL: QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGE

DATA	
IDENTIDADE	
ASSINATURA	

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA	<u>10/03/2020</u>
Nome	
Assinatura	

Anderson Silva
Analisa DPVAT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº CRLV 014733792811
CE Nº 014733792811 - SUEITE DE SEGURO DPVAT
CPLC 471563377 COD. RENAVAM 0000000000 | PLACA 045B7716359 | ANO FABR. 2013 | PROJETO 2043

HONDA/ HONDA LINEA
PINDORETAPE/CE

PLACA 045B7716359 | CHASSIS 3CZKC1650CR51239 | CORANTE/VEÍCULO GASOL/ALCO

PLANO ANNUAL/CE | BASE/TYPE 045B7716359 | MARCA/PRODUTO HONDA/C6 150 TITAN ESD

CATEGORIA 2B/BCV/145CC | CORRESPONDENTE PARTIDA | CORRESPONDENTE PRETA

PERÍODO 01/01/2012 | 31/12/2012 | ANO FABR. 2012 | ANO FABR. 2012 | DATA DE PRATICAMENTO 25/06/2012

DATA DE PRATICAMENTO	VENCIMENTO UNICA	VENCIMENTO COUPONS
25/06/2012	01/07/2012	1º
25/06/2012	01/07/2012	2º
25/06/2012	01/07/2012	3º

PERÍODO MENSAL/10%	VALOR TOTAL R\$	DATA DE PRATICAMENTO	VALOR SUEITE R\$
00,11	0,32	25/06/2012	0,32
	89,58		89,58

OBSERVACOES
PINDORETAPE/CE

Lote/Placa de Seguro: 014733792811 | CE: 014733792811 | Pdvat: 2043

POLÍCIA FEDERAL - RJ - 2012

CE Nº 014733792811 - SUEITE DE SEGURO DPVAT

2013 | DATA EMISSAO 27/06/2013

OING954

ESTE É O SUEITE DE SEGURO DO SEGURO DPVAT PARA MAIS EFETIVAS, LÉIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

www.seguradocidadaoficial.com.br

SAC SEGURO DPVAT 022 1224

014733992811 | PLACA 04626900367

EXERCICIO 2013 | DATA EMISSAO 27/06/2013

OING954

CE Nº 014733792811 - SUEITE DE SEGURO DPVAT

2013 | DATA EMISSAO 27/06/2013

OING954

ESTE É O SUEITE DE SEGURO DO SEGURO DPVAT PARA MAIS EFETIVAS, LÉIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

www.seguradocidadaoficial.com.br

SAC SEGURO DPVAT 022 1224

014733992811 | PLACA 04626900367

EXERCICIO 2013 | DATA EMISSAO 27/06/2013

OING954



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei c, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. ADRIANO DA SILVA SALES**, portador do RG n.^º 2002015100372, SSP-CE, inscrito no CPF n.^º 663.851.993-04, no dia 23/06/2019 às 14h35, no Município de Pindoretama-CE, na Avenida Vale Albino, Bairro Centro, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o hospital local e em seguida para o IJF – Instituto Doutor José Frota. 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, 13 de agosto de 2019.

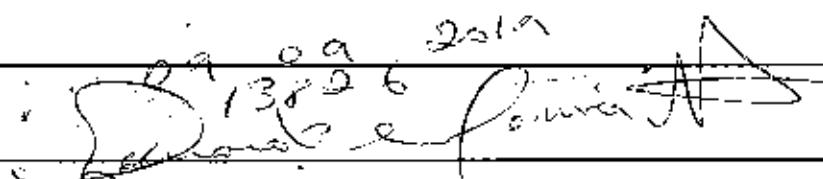
Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Registro de Atendimento Emergencial

Emulado em: 09/09/2018 14:57:2

Por:EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	23/08/2019 15:19:46
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705800448888513	NOME: ADRIANO DA SILVA SALES						Registro: 5622867
CPF: 88385198304	RG: 2002016100372	ID. NASC: 15/05/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: FRANCISCA DA SILVA SALES			NOME DO PAI: CARLITO MOURA SALES				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDERECO DO PACIENTE: MANUEL RIBEIRO			Nº: 1080	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 892521452	MUNICÍPIO: PINDORETAMA		UF: CE	CEP: 62860000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: FABIANA - SAMU CPARA USB 110, COND. MARCELO		PARENTESCO:		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TÍPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:			CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO, ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL DA CABEÇA, FRATURA EXPOSTA EM MIO (TRÍGONE HÍBRIDA), LACERDAÇÃO TEMPÉ DIREITA.							
OBSEVAÇÕES:							
SINAIS VITais							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderada	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					