

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: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000029877-5

Nr. da Autenticação B36EC533EEC58BF4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200064670 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS **Data do acidente:** 06/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA, EDEMA EM FORMA DE BOTA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO. DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO E DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 90°
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 30°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edume Samarati Pereira Dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.346.275/92

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Edume Samarati Pereira Dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.346.275 / 92, 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: <u>Rua Dos Silas</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Rosa - A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Itaboraí - RJ</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: <u>marcosdegilias@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9302</u>

Local e Data: Itaboraí - RJ, 10 de Maio de 2012

Jose Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

No. DO BE: 729508
CNS:DATA: 06/11/2019 HORA: 16:07 USUARIO: RAJESUS
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS DOC....: 24941433
IDADE.....: 30 ANOS NASC: 26/02/1989 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: AV 26 DE SETEMBRO NUMERO: 1275
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: BRASILIA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: EDNALDO ALVES DOS SANTOS /MARIA DO SÓCORRO P DE LUNA
RESPONSAVEL...: O IRMAO TEL....: 079 999935
PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE 443
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VENC. DE AMBUZANCIA: NAO

PA: [X] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente chega ao PS queixando-se de dor abdominal, relatando queda de moto com uso de capacete. Nega emere
perda de consciência, amnésia lacunar.
EP: A: VAP, sem convulsão, D: Exame com simetria, L: Hemodinamicamente estável, P
GCS-P15 E: Edema e eritema no dorso de punho (D).

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Por gentileza, use capote de chumbo

DIAGNOSTICO: sobre abdome. Não sabe responder a respeito de

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) RX série trauma (tórax AP + lateral AP + cervical AP + P + Bauried)
- 2) RX Perna (D) (AP + P) + Joelho (D) (AP + P)
- 3) Solicito avaliação da ortopedia
- 4) A disposição para novas avaliações

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Rebitor. Médico

Edson Somarati Pinheiro
de Santa Cruz, 30 anos,
encontra-se em pré-operatório
de fúture de pino D (unidade
em 21111119).

CID: 582

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

Dr. Ayrton Melo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3637 - TEOT 13658

12112117

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Colônia Sumaré, Bahia dos Santos Dias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

08/12/2018

RECORRIDO CARTEL 2.418,143-3 2. VILA

DATA DE
Emissão

NOME EDINE SAVINATI PEREIRA DOS SANTOS DILSE

RELACIONADA MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE LIMA

END. DO ALUGUÉ ALVES DOS SANTOS

NACIONALIDADE RELEI DO 5960 FERNANDES-PE

DATA DE
Emissão

DOC. ORIGINAL LT. 0854M.

11069201582018300010114000374010

CNP 031.346.273-92

Intervenção da Prefeitura Comete
Poder da Prefeitura de Intervenção e Apoio

Assinado pelo COE Emissão

CPF nº 7.118 DE 2004/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 015213489510
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 005766806800 EXERCÍCIO 2019

EDIANE SAMARATI P. DOS SANTOS
COTAGEM 051.546.275-92 PLACA DEPI1605

PONCA ANT / UF 051.546.275-92 PLACA DEPI1605
COTAGEM 051.546.275-92 PLACA DEPI1605

VEICULO TIPO GASOLINA
MARCA / MODELO YAMAHA / T115 CRYPTON K
COTAGEM 051.546.275-92 PLACA DEPI1605

PARTE CATEGORIA ANO FAB. ANO MOD.
2013 2014
VERMELHA

PAGAMENTO / COTAS
PREMIO TOTAL (R\$) 4,00
DATA DE PAGAMENTO 26/02/2019

MOTOR: 150 CC
LOCAL: 0000001774
DATA: 26/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015213489510 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

FBI 29

VIA 005766806800 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 26/02/2019

VEICULO TIPO GASOLINA
MARCA / MODELO YAMAHA / T115 CRYPTON K
COTAGEM 051.546.275-92 PLACA DEPI1605

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$) 4,00
CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,00

QUANTO BILHETE (R\$) 4,00
COTAGEM 051.546.275-92 PLACA DEPI1605

MOTOR: 150 CC
LOCAL: 0000001774
DATA: 26/02/2019

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

015213489510
RECIBO SE Nº 3

ASSINATURA

SE

DEPI1605
0000001774

1774

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Edume Samarat Perera
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Advogada, portador da cédula
de identidade RG nº 2494143-3, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 051.346.275-92, residente na (endereço
completo) Rua F nº 67, na cidade de
N. Sra. da Glória (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos D.O. Russo
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Guilos, na cidade de
N. Sra. da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Edume Samarat Perera D.O. Russo
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra. da Glória 18.12.19

(assinatura) Edume Samarat Perera dos Santos Dias

(RG) 2494143-3

RECONHECIMENTO:
Reconhecido por autenticidade a firma indicada de EDIANE SAMARATI
PEREIRA DOS SANTOS que confere o padrão reg. nesta serventia. Dou fe.
Nossa Senhora da Glória/SE, 18 de dezembro de 2019

Anne Carolina Santana Gomes (Escrivente)
18/12/2019 16:47:40 Valor Total R\$ 9,84
Selo TJSE: 201929674028434, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x9JFTTD>



AAD44743

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064670

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064670

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064670

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000029877-5

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





POUPANÇA

elo

6277 8017 3970 6525

EDIANE SAMARATI P SANT

10/24

3303 013 00029877-5

6277

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: 051.346.275-92 4 - Nome completo da vítima: Ediane Samarate Pereira dos Santos

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

5 - Nome completo: Ediane Samarate Pereira dos S. Santos 6 - CPF: 051.346.275-92
7 - Profissão: Dançarina 8 - Endereço: Rua F 9 - Número: 67 10 - Complemento: Lado A
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: N. Sra. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.680-000
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.9918-9207

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3303 CONTA: 29877 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Ediane Samarate Pereira dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3200064670
Nome do(a) Examinado(a): Ediane Samarati Pereira dos Santos Dias
Endereço do(a) Examinado(a): Rua F, 67 Casabela Vista
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2494143-3
Data local do acidente: [06/11/2019]
Data local do exame: [14/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA COM 01 PLACA E 06 PARAFUSOS

Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO, TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 23/11/2019

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUIDA (++/+5), CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA, EDEMA EM FORMA DE BOTA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO. DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO E DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 90°
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 30°**

- 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:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 133003/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 17:25 Data/Hora Fim: 16/12/2019 17:37
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp
Data/Hora do Fato: 06/11/2019 14:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: Avenida 26 de Setembro

Bairro: Centro
Nº: sn
CEP:49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Casa Nova Sexo: Masculino Nasc: 21/09/1994
Profissão: Motorista Entregador
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO PEREIRA DOS SANTOS Nome do Pai: EDNALDO ALVES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 059.756.255-56
RG - Carteira de Identidade: 36094196

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: RUA RUA VALDEQUEDE OLIVEIRA DANTAS Nº: 214
Complemento: CASA
Bairro: NOVA ESPERANCA CEP: 49.680-000



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que em 06/11/2019, por volta das 14:30, sua irmã EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS, CPF 051.346.275-92, seguia pela Avenida 26 de Setembro em Nossa Senhora da Glória, conduzindo a motocicleta Yamaha/T115 crypton k, de placa OEP-1605, CHASSI 9C6KE1560E0027703. QUE nas proximidades do Colégio da COHAB ela bateu no fundo de um caminhão de distribuição de bebidas e caiu ao chão. QUE vinha logo atrás em uma outra motocicleta e presenciou o ocorrido. QUE em decorrência do acidente sua irmã quebrou a tibia e a fíbula da perna direita, foi socorrida pelo SAMU e foi encaminhada para o Hospital de Itabalana. QUE em 21 de novembro sua irmã retornou ao Hospital de Itabalana onde realizou a cirurgia ortopédica para correção das fraturas sofridas. Registra o fato para acionamento do seguro DPVAT.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 133003/2019

ASSINATURAS

André Luiz Bastos Nery
Escrivão de Polícia
Matrícula 1401822
Responsável pelo Atendimento

EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS
(Comunicante)

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





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: 051.346.275-92 4 - Nome completo da vítima: Ediene Samarate Pereira dos Santos

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

5 - Nome completo: Ediene Samarate Pereira dos S. Santos 6 - CPF: 051.346.275-92
7 - Profissão: Carvoeira 8 - Endereço: Rua F 9 - Número: 67 10 - Complemento: lata
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Itaúna - GO 13 - Estado: GO 14 - CEP: 74.680-000
15 - E-mail: marcosdegloia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.9918-9207

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: 3303 ☐ CONTA: 29877 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 ocorra, 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, _____

Ediene Samarate Pereira dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)