
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717646

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717646

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

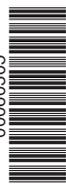
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717646

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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



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: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: JPARANA 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: ES 14 - CEP: 64628340
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (35) 91.8870.1298

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)

AGÊNCIA: CONTA:

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concórdância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, Fontaleza, 16 de Novembro de 2019
Marcos Antonio Moreira Soares Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: JPARANA 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: ES 14 - CEP: 64628340
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (35) 91.8870.1298

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)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062 1
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concórdância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, Fontalva, 16 de Novembro de 2019
Marcos Antonio Moreira Soares Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: JPARANA 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: ES 14 - CEP: 64628340
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (35) 91.8870.1298

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: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062 1
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concórdância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (s) (nascidos)? 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 provarcm 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 rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, Fontallega, 16 de Novembro de 2019
Marcos Antonio Moreira Soares Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019782225



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 122 - 883 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2019 09:20:13**
Data / Hora da Ocorrência: **27/09/2019 16:43:00**
Endereço da Ocorrência: **AV ULISSES GUIMARÃES, PARQUE LEBLON - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO**
Nascimento: **29/02/1996** CPF: **057.396.783-07**
RG: **2006010159940** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **VANIA MARIA LOPES SOARES**
MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES
Endereço: **RUA ULISSES GUIMARÃES, 1900**
Bairro: **IPARANA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.627-510**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98884-1593**

Histórico

Afirma o declarante, advertido das penalidades dos artigos 339 e 340 do CPB, que na data de 27.09.2019, seguia como garupa em um veículo modelo HONDA/CG 125 FAN ES, de cor vermelha, Chassi 9C2JC4120BR512982, Renavam 279771436 e placa NUM-3259, esta sendo guiada pela motorista PAULO RIBEIRO DA SILVA (CPF 388.346.853-34); Ademais, ressalta que seguiam sentido Caucaia/Fortaleza, quando um homem, saiu às pressas de uma obra e atravessou a rua de forma repentina; Que, o condutor do veículo ainda tentou reduzir a velocidade e se desviar do pedestre, entretanto, não conseguiu êxito na manobra; Que, então, o veículo veio a colidir-se contra o homem, onde o declarante e o condutor do veículo vieram a cair ao solo; Que, o condutor do veículo e o pedestre tiveram apenas escoriações leves pelo corpo; Que, o declarante, entretanto, após a queda, permaneceu desacordado, onde veio a recobrar a consciência apenas por volta de 20h no Hospital Antônio Prudente; Relata, entretanto, que conforme informações de familiares, após a colisão, fora acionado o SAMU pelo condutor do veículo, PAULO RIBEIRO DA SILVA; Que, após a chegada dos citados profissionais de saúde, estes prestaram os primeiros atendimentos e conduziram o declarante inicialmente ao Hospital Municipal de Caucaia, e, após atendimento inicial, fora constatado a fratura em sua clavícula, sendo necessário tratamento cirúrgico; Que, então, fora posteriormente conduzido ao Hospital Antônio Prudente, sendo submetido na citada unidade de saúde a uma cirurgia para recuperação das fraturas já citadas. E nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019782225



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 122 - 883 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

BRUNO DE ANDRADE CAVALCANTE - MAT.: 300609-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: XMoccos Antonio Maria S filho

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

ERIVALDO PEREIRA LIMA - MAT.: 14337-1-7

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: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: JPARANA 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: Espr 14 - CEP: 64628340
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (859) 88701298

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)

AGÊNCIA: CONTA:

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concórdância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, Fontaleza, 16 de Novembro de 2019
Marcos Antonio Moreira Soares Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

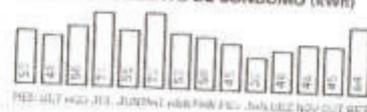
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rota CA709U10 - 128200 Referência 09/2019
 Nome MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
 Endereço RU DO SALGADO, 00148 - 00148 CS A, IPARANA,
 61628-340, CAUCAIA
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
 Ligação Monofásico Emissão 13/09/2019
 Medidor 5898509-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 FWH0245EFC16EF393D4B12114F3F4F604

DATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias
 Anterior 15-09-2019 Anual 13-09-2019 Próxima prevista 14-10-2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fac. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	2.889	1.961	1,00	48	00	48	0,55396	26,59

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04167	2,00
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-43,70
CONSUMO	0,55396	26,59
IV - RELIGAÇÃO NORMAL	-	7,98
JUROS MORATÓRIOS	-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,59	0,81	0,22
COFINS	28,59	3,69	1,04

VENCIMENTO: 10/10/2019

CONSUMO CONSCIENTE: 0,00

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Contribuinte Ecológica (t/CO₂)

18,73 0,00

CPP/CNPJ: 057.396.783-07

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$63,73). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008027288.
 Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/08 - 13/09

Nº do Cliente: Referência: 09/2019 V:[1.0.0.5]
 Data de Emissão: 13/09/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº da Nota Fiscal: 012703599 Nº de Controle: 300007022655
 0000 0000001000
 3-00000173
 -00-62114669

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura.

Rota CA709U10 - 128200 Referência 09/2019
 Nome MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
 Endereço RU DO SALGADO, 00148 - 00148 CS A, IPARANA,
 61628-340, CAUCAIA
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
 Ligação Monofásico Emissão 13/09/2019
 Medidor 5898509-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 FWH0245EFC16F393D4B12114F3F4F604

DATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias
 Anterior 15-08-2019 Anual 13-09-2019 Próxima prevista 14-10-2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIÇÃO

Pasto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	2.889	1.961	1,00	48	00	48	0,55396	26,59

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04167	2,00
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-43,70
CONSUMO	0,55396	26,59
IV - RELIGACÃO NORMAL	-	7,98
JUROS MORATÓRIOS	-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,59	0,81	0,22
COFINS	28,59	3,69	1,04

VENCIMENTO	10/10/2019	TOTAL A PAGAR	0,00
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	057.396.783-07
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensado suas emissões pelo consumo de energia elétrica			
Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (tCO ₂)	
18,73	0,00		

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$63,73). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008027288.
 Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/08 - 13/09

Nº do Cliente: Referência:
 Data de Emissão: 09/2019
 Nº da Nota Fiscal: 8027288 Total a Pagar (R\$):
 13/09/2019 Nº de Controle: 09
 012703599 0,00 V:[1.0.0.5]
 300007022655 -3-0500173
 -20-62114669

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura.



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Fones: _____

Nome do Paciente: MARIA ANTONIO MORGES SOARES FILHO RG: _____

Nome da Mãe: VANIA MARIA LOPES SOARES Responsável: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: 29/02/1966 Ocupação: BOMBEIRO

Endereço: RUA DO SALENTO Nº 143

Bairro: IPARANA Fones: _____ CEP: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente com fraturas da

Resultado de Exame(s): CLÍNICA DIRIGIDA, NECESSITA TRATAMENTO CIRÚRGICO = ACIDANTE

Conduta Realizada: DE TRÂNSITO

Impressão Diagnóstica: _____

Profissional Solicitante: _____

Assinatura do(a) Auditor(a): _____

Carimbo Auditor(a): Dr. Julio A. C. Parente
CRM 3360 - CPF: 740.169.938-34
Traumatologia - Ortopedia
Clínica Médica

Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1277044479	NOME MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 2006010159940 SSP CE
	CPF 057.396.783-07
	DATA NASCIMENTO 29/02/1996
PROIBIDO FALSIFICAR 1277044479	FUNÇÃO MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES VANIA MARIA LOPES SOARES
	PERMISSÃO ACC CATIMA
	Nº REGISTRO 06315931268
	VALIDADE 11/08/2019
1ª HABILITAÇÃO 06/03/2015	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA: Marcos Antonio Moreira S. Filho	
ADMINISTRAÇÃO DO PORTAL DO VEÍCULO	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 28/03/2016	
07017787850 CE152690875	
DETRAN - CE (CENIPA)	

**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: 3200021355

Nome do(a) Examinado(a): MARCOS ANTONIO MELO

Endereço do(a) Examinado(a): R SDO 08 Jp Aguassu Mirim, 16, , 62.144-000, Distrito, Ipaporanga/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2000031000640

Data e local do acidente: 24/07/2019 - Sobral/CE

Data e local do exame: 03/02/2020 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura bimalleolar à esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura bimalleolar à esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do tornozelo intenso, devido à redução da mobilidade e força.

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 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

BRASIL

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
27/11/2019 15:12:33

Dados do reclamante

Segurado:
MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
057.396.783-07

Formas de contato

E-mail:
denuncieaki123@gmail.com

Telefone:
(85) 98870-1298

Endereço:
RUA BARÃO DO RIO BRANCO 1779

Bairro:
CENTRO

CEP:
60.025-060

Cidade:
FORTALEZA

*Dados da denúncia*

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3190/634419, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma veio negar o processo sem ao mesmo avaliar ,negaram por base em documentação médica, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º , preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial.

O SAC da empresa foi acionado?
Sim

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do		27/11/2019 15:12:33

reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente

Barra GovBr



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420271/19

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

CPF: 057.396.783-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MOREIRA SOARES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07

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: 27/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466513/19

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

CPF: 057.396.783-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MOREIRA SOARES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07

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: 23/12/2019
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717646

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do acidente: 27/09/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula à direita e fratura de arcos costais superiores e posteriores à direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes.. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 15°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, fratura da clavícula à direita e fratura de arcos costais superiores e posteriores à direita. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese com placa e parafusos para fratura da clavícula à direita, além de sessões de fisioterapia. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro direito.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro direito, em grau intenso, em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466513/19

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

CPF: 057.396.783-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MOREIRA SOARES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07

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: 23/12/2019
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
CPF: 057.396.783-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396964/19

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

CPF: 057.396.783-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MOREIRA SOARES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07

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: 12/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420271/19

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

CPF: 057.396.783-07

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MOREIRA SOARES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07

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: 27/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA