
Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146011

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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

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: 083.441.413-97 4 - Nome completo da vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: GABRIEL MARQUES DE SOUSA 6 - CPF: 083.441.413-97
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOÃO SIDNEY MARTINS 9 - Número: 94 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAMPO VERDE 12 - Cidade: CRATEÚS 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.700-970
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 99915-9444

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: 0747 CONTA: 47.810 6 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) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de quem
assina a
pedido (a rogo)

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:

CRATEÚS-CE, 24.04.2020.
* Gabriel Marques de Sousa

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:
3200/146011

3 - CPF da vítima:
083.441.413-97

4 - Nome completo da vítima:
GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo:
GABRIEL MARQUES DE SOUSA

6 - CPF:
083.441.413-97

7 - Profissão:
ESTUDANTE

8 - Endereço:
RUA JOAO SIDNEY DE SOUSA

9 - Número:
94

10 - Complemento:

11 - Bairro:
CAMPO VERDE

12 - Cidade:
CRATEÚS

13 - Estado:
CE

14 - CEP:
63.700-970

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(88) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 60891

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 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)

☐ 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 (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATEÚS/CE, 15 DE MAIO DE 2020

+ Gabriel marques de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

609743

01 - NÚMERO
495/2019
02 - FOLHA
01

01 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA EDILBERTO FREITA/PE MODORO		04 - MUNICÍPIO CRATEÚS		05 - UF CE	
06 - PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. LOJAS NOBRE LAR		07 - HORA DA OCORRÊNCIA 2130		08 - ZONA RURAL URBANA ☐ RURAL ☒ URBANA	
09 - DATA 10/11/2019		10 - DIA DA SEMANA SABADO		11 - CLASSIFICAÇÃO SEM VÍTIMA ☐ 1 COM VÍTIMA ☒ 3	
12 - Nº DE VÍTIMAS MORTOS ☐ 1 FERIDOS ☒ 02		13 - NATUREZA DO ACIDENTE ABALROAMENTO ☐ 1 ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (Especificar) ☐ 9		14 - TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO ☒ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍPEDO ☐ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2	
15 - CONDIÇÕES DA VIA SECA ☒ 1 MOLHADA ☐ 3 OLEOSA ☐ 5 ENLAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 EM OBRAS ☐ 2		16 - CONDIÇÕES DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS CURVA FECHADA ☐ 1 CURVA EM RAMPA ☐ 9 TANGENTE EM NÍVEL ☐ 2 TANGENTE EM LOMBADA ☐ 2 CURVA EM NÍVEL ☐ 5 OUTRO ☒ 4 (especificar) PISTA ESTREITA ☐ 7 CRUZAMENTO		17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade) Automóvel ou Camionete ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Exeto Taxi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 TAXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 CAMINHÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 MOTOCICLETA OU MOTONETA ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 CICLOMOTOR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 BICICLETA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 TREM ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 VEÍCULO TRACÇÃO ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 PEDESTRE ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 OUTRO (especificar) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
18 - NOME EVERSON GOMES DA CRUZ		20 - SEXO 1 M 3 F		21 - NASCIMENTO 01/08/97	
22 - ENDEREÇO ZONA RURAL (PATOS)		23 - 1ª HABILITAÇÃO 219111111		24 - CATEGORIA AB	
25 - PRONTUÁRIO Nº 6753946375		26 - UF BA		27 - EX MÉDICO EM DIA SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3	
28 - USAVA CINTO SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3		29 - USAVA CAPACETE SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3		30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7	
31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2		32 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19		33 - NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21 CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23 MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25 LUZ ALTA ☐ 27 OUTRA ☒ 29 (especificar) SEGURA	
34 - SEXO 1 M 3 F		35 - NASCIMENTO		36 - NOME GABRIEL MARQUES DE SOUSA	
37 - 1ª HABILITAÇÃO		38 - CATEGORIA		39 - PRONTUÁRIO Nº	
40 - UF		41 - EX MÉDICO EM DIA SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3		42 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3	
43 - USAVA CAPACETE SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3		44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2	
46 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19		47 - NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21 CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☒ 23 MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25 LUZ ALTA ☐ 27 OUTRA ☐ 29 (especificar)		48 - NOME RUA JOÃO SIDNEY MARTINS Nº 94 (CAMPO VERDE)	
49 - MARCA HONDA FAN 160		50 - ESPÉCIE PASSAGEIRO		51 - PLACA POB 5371	
52 - MUNICÍPIO CRATEÚS		53 - UF CE		54 - ENDEREÇO	
55 - DATA DE EMISSÃO		56 - BILHETE		57 - DATA DE EMISSÃO	
58 - DEFETO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6		59 - DEFETO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6		60 - DEFETO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6	

VEÍCULO Nº 02	58 - MARCA	59 - ESPÉCIE	60 - PLACA	61 - MUNICÍPIO	62 - UF
	HONDA - BIZZ		PASSEIRO	PNN 9243	CRATEUS
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO		64 - ENDEREÇO		
65 - SEGURADORA			66 - BILHETE	67 - DATA DE EMISSÃO	
68 - DEFEITO					
FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6					

VÍTIMA Nº 01	69 - NOME	70 - SEXO	71 - NASCIMENTO
	EUDERSON GOMES DA CRUZ		☐ M 1 ☐ F 3
	72 - ENDEREÇO	73 - FERIMENTOS	74 - VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº
	ZONA-RURAL (PATOS)	LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5	MOTO
75 - USAVA CINTO		76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA	
SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3		77 - CONDUZIDA PARA	
CONDUZIDA PARA		HOSPITAL SÃO LUCAS	

VÍTIMA Nº 02	78 - NOME	79 - SEXO	80 - NASCIMENTO
	GABRIEL MARQUES DE SOUSA		☒ M 1 ☐ F 3
	81 - ENDEREÇO	82 - FERIMENTOS	83 - VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº
	R. JOÃO SIDNEY MARTINS Nº 94	LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5	MOTONETA
84 - USAVA CINTO		85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA	
SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3		86 - CONDUZIDA PARA	
CONDUZIDA PARA		HOSPITAL SÃO LUCAS	

PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS	89 - OUTRA
	2 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 1	POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 1	CAMINHANDO AO LONGO DA CE ☐ 1
	4 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 3	COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 3	BRINCANDO NA CE ☐ 3
	CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR ☐		TRABALHANDO NA CE ☐ 5
		SAINDO OU ENTRANDO EM VEÍCULO OUTRA (especificar) ☐ 9	

TESTEMUNHAS	90 - NOME	91 - SEXO	92 - NASCIMENTO
		☐ M 1 ☐ F 3	
	93 - ENDEREÇO	94 - IDENTIDADE Nº	95 - ORGÃO EMISSOR
	97 - NOME	98 - SEXO	99 - NASCIMENTO
		☐ M 1 ☐ F 3	
	100 - ENDEREÇO	101 - IDENTIDADE Nº	102 - ORGÃO EMISSOR

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE
	DESCRÇÃO SUMARIA DO ACIDENTE SEGUNDO RELATO DE POPULARES, O VEÍCULO 01 (MOTOCICLETA) TRAFEGAVA NA AV. EDILBERTO FROTA, NO SENTIDO CENTRO/BAIRRO. AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO COM A RUA PE. MODESTO, FOI SURPREENDIDO PELO VEÍCULO 02 (MOTONETA) QUE EXECUTOU
	UMA CONVERSÃO SEM A DEVIDA ATENÇÃO, VINDO A COLIDIR COM O MESMO, OCASIONANDO ASSIM O SINISTRO.

RESPONSÁVEL	108 - NOME	109 - FUNÇÃO
	PAULO ROBERTO DE SOUSA	AG DE TRÂNSITO
	58 - NOME	60 - PLACA
	110 - ASSINATURA	111 - DATA
112 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL		113 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA
21:30 Hs		22:30 Hs

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: 083.441.413-97 4 - Nome completo da vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: GABRIEL MARQUES DE SOUSA 6 - CPF: 083.441.413-97
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOÃO SIDNEY MARTINS 9 - Número: 94 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAMPO VERDE 12 - Cidade: CRATEÚS 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.700-970
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85 99915-9444

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: 0747 CONTA: 47.810 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 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 a 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 discordo 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 (vivasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CRATEÚS-CE, 14.04.2020.

x Gabriel Marques de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000060891-6

Nr. da Autenticação A3BB2BFB81CE510D

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000060891-6

Nr. da Autenticação 6804A2AE2E82B950

Nº do Cliente:

1661398

Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Velho, 100

CEP 60135-140 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA | N: 023056442

Rota CT006U04 - 138500

Referência 10/2019

Nome DAMIAO PEREIRA DE SOUZA

Endereço RU JOAO SIDNEY MARTINS, 00094, CAMPO VERDE,

63700-970, CRATEUS

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/10/2019

Medidor 1842448-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

86F5D0CF20A05CF1BC365A95ACA0300C21

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

10/09/2019

09/10/2019

11/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Máx (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	10,000	10,750	1,00	93	00	93	0,72645	67,56

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

ADICIONAL BAND. AMARELA

ADICIONAL BAND. VERMELHA

-

0,72645

0,00613

0,03753

6,73

67,56

0,57

3,49

MAGATO
05023888-1
CX LARISSA

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	71,62	27,00	19,33
PIS	71,62	0,03	0,01
COFINS	71,62	0,14	0,08

VENCIMENTO

10/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

78,35

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

000.724.253-00

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

0,00%

36,30

0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 11/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 09/10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014329520369

07211011458
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

01

1193535401

0000000000

NOME/ENDEREÇO

ANTONIA MARGARETE DE SOUSA
RUA JOAO ELLERY MARTINS, 00084
- CAMPO VERDE
63700976 - CRATEUS-CE

CPF/CNPJ

PLACA

00486125378

PM9243

NOME ANTERIOR

POTR - MOTOR

PLACA ANT/UF

CHASSI

***-**-**

9C223C70G0PR204421

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

FAB/MOTONETA/HMO APPLIC.

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/RIZ 1101

ANO FAB

ANO MOD

CAP/POT/CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/109CC

PARTEIC

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 0070EOP204422

AL EID. ADMIN DE CONS NACIONAL HONDA

LOCAL

LOCAL NOTAS AUTOMATICO

DATA

02/06/2010

02/06/2010

02/06/2010

DETRAN - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014329520369

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

EXERCÍCIO

NOME

ANTONIA MARGARETE DE SOUSA
CRATEUS-CE

CPF/CNPJ

PLACA

00486125378

PM9243

PLACA ANT/UF

CHASSI

***-**-**

9C223C70G0PR204421

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

FAB/MOTONETA/HMO APPLIC.

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/RIZ 1101

ANO FAB

ANO MOD

CAP/POT/CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/109CC

PARTEIC

VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1º

2º

3º

FAIXA/PVA

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80,11

0,32

81,58

03/06/2010

AL EID. ADMIN DE CONS NACIONAL HONDA

LOCAL

LOCAL NOTAS AUTOMATICO

DATA

CITR

EXERCÍCIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146011 **Cidade:** Crateus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146011

Cidade: Crateus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Data do acidente: 07/12/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do terço médio distal da tíbia e fíbula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, 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 direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura exposta do terço médio distal da tíbia e fíbula direita, conforme documentos de pronto atendimento de 07/12/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação externa da fratura e tratamento medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo tibiotalar com redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo direito, em grau intenso, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/06/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no membro inferior direito, em grau leve. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame a repercussão deu-se tão somente para o tornozelo direito, restando como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 5% do segmento, totalizando com o valor já pago 75% do tornozelo direito.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

**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: 3200146011

Nome do(a) Examinado(a): GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Sidney Martins, 94, , 63.702-460, Planalto, Crateús/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20150934313

Data e local do acidente: 07/12/2019 - Crateús/CE

Data e local do exame: 24/06/2020 - Tauá/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.89229 , longitude: -40.22712

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta do terço médio distal da tíbia e fíbula direita.

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 cirúrgico de fixação externa da fratura e tratamento medicamentoso. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo direito, 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 direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, 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 direito.

IV. Nexa 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 em tornozelo direito, com redução da mobilidade.

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 (*)

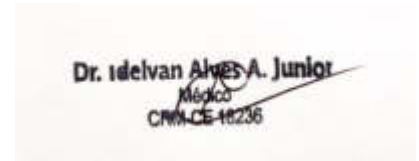
() "Vítima em tratamento"

() "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 Direito - Intenso - 75%

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



Dr. Idelvan Alves A. Junior
Médico
CRM CE 18236

Destinatário:
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro Dpvt S/a
Rua da Assembléia, 100, 16º Andar - Ed City Tower
Centro, Rio de Janeiro, RJ
CEP: 20.011-904



10-06-2020

Correios	REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)	0,10
Recebedor	registered priority	45	
Assinatura		AR	MP
	Doc.		
JU 20064100 0 BR			

Remetente:
Gabriel Marques de Sousa
Rua João Sidney de Sousa, 94
Campo Verde, Crateús, CE
CEP: 63.700-970

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/146011 Data da solicitação: 03/06/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: GABRIEL MARQUES DE SOUSA CPF do beneficiário: 083.441.413-97
Nome do solicitante: GABRIEL MARQUES DE SOUSA CPF do solicitante: 083.441.413-97

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 99915-9444 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: AVALIAÇÃO MÉDICA

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA ANEXA A ESTE PEDIDO DE REANÁLISE, REALIZADA PELO MÉDICO DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO, CREMEC 19150, FOI CONSTATADO PELO MÉDICO QUE SOU PORTADOR DE SEQUELAS GRAVES E PERMANENTES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSA NO PERCENTUAL DE 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO). DIANTE DA AVALIAÇÃO MÉDICA QUE VAI EM ANEXO VENHO SUPLICAR PELA REANÁLISE DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO E CONSEQUETEMENTE REQUER SEJA PAGO A COMPLEMENTAÇÃO NA QUAL TENHO DIREITO, POR SER DE INTEIRA JUSTIÇA.

CRATEÚS/CE, 03 DE JUNHO DE 2020.

x Gabriel Marques de Sousa
Local e Data
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113684/20

Número do Sinistro: 3200146011

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

CPF: 083.441.413-97

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 07/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

GABRIEL MARQUES DE SOUSA : 083.441.413-97

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113684/20

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

CPF: 083.441.413-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GABRIEL MARQUES DE SOUSA : 083.441.413-97

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.

Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146011

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146011

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146011

Vítima: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL MARQUES DE SOUSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GABRIEL MARQUES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000060891-6

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, 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

