
Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000000759-5

Conta: 000010050929-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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: 049.343.794-01 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE 6 - CPE: 049.343.794-01
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: NÚCLEO HABITACIONAL III 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO GONÇALO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58814-000
15 - E-mail: VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 83/99173-1754

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaiú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0759 5 CONTA: 50.929 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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, SOUSA - PB, 04 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 566/2018

Aos VINTE E TRÊS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOUSA/PB, na 2ª Delegacia Distrital de Polícia Civil (Cartório Titular), sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO CLAUDIO BESERRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE, conhecido(a) por **RAIMUNDO**, Identidade nº 5256434-SSP-PB, CPF nº 049343794-01, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: técnico telecomunicações, filho(a) de Raimundo Dos Anjos Leite E Maira Ercilia Dos Santos Leite, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 23/06/1983 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Nucleo II, São Gonçalo, tendo como ponto de referência: , na cidade de SOUSA/PB, fone(s) para contato: 99144-2211.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO-LESÃO;

2) **data do fato:** 12/08/2018;

3) **Horário do fato:** 22h:00min;

4) **Local do fato:** Sousa/PB.

5) **Breve resumo do fato:**

Que no dia e hora citados conduzia sua moto quando ao transitar na BR 230 nesta cidade quando perdeu o controle da moto em uma valeta vindo a cair ao solo; Que foi socorrido por um popular para o hospital regional desta cidade; Que devido aos ferimentos foi transferido para o hospital da cidade de PATOS; Que sofreu escoriações pelo corpo além de fratura na face; Que comparece a esta delegacia para comunicar o fato .

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

DADOS DA MOTO: HONDA BIZ 125 EX, ANO/MOD 2012/2013, COR BRANCA, PLACA NPW 8151/PB, CHASSI 9C2JC4830DR014286, registrado em nome do comunicante

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Raimundo dos Santos Leite

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Comunicante

[Assinatura]

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.611-9

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: 049.343.794-01 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE 6 - CPE: 049.343.794-01
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: NÚCLEO HABITACIONAL III 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO GONÇALO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58814-000
15 - E-mail: VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 83/99173-1754

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0759 5 CONTA: 50.929 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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, SOUSA - PB, 04 DE MARÇO DE 2020

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 POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00759-5

CONTA: 000010050929-0

Nr. da Autenticação E5348FE0B03E67A3

Nota Fiscal: Conta de Energia elétrica nº 245 77
Cód. para Deb. Automática: 0000378 7188

Cod. par. Deb. Automática: 00003797188

CPF/ CNPI/ RAN

056.054.084-92

2000

Aproveite o 13º e regule-se suas opções em stress, podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL="								
Taxa de Tributos:	0,414510	201,58	0,00	0,00	188,08	1,04	7,12		

RS 201,89

180	184	144	128	193	201	274	248	268	308	228	272
JAN12	FEB12	MAR12	APR12	MAY12	JUN12	JUL12	AUG12	SEP12	OCT12	NOV12	DEC12

1fa4.0aba.25eb.b636.76a7.8421.41a3.debb

[illegible]

Vol: 005JSD Ref: 11/21/19/4338-44

- Faturas Anteriores Recebidas, conforme contrato 1/11/10
Subvenção DEC 7 891/13/R\$ 34,28
Isenção ICM\$ conforme Declaração Emitida R\$ 22,73

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624 912008 10886 937173 1 81410000020189
PAGADOR MILE ANGELO DA SILVA PEREIRA

PAGADOR: MIRELE ANGELO DA SILVA - CPF/CNPJ: 258.254.254-23
 LOC. NUCLEO: 58 / NUCLEO 4 - AREA RURAL - DADO GOMCALO / PB CEP: 58940-000

Nº do Recibo	Nº Documento	D.T.A. de vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
78245/2001088997	000379/2002001	27.11.2002	R\$ 201,69	

REVENHADEIRA ENERGIA PARADA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ: 28.008.732/0001-42
 Av. 112, km 28 - Chão Pretinho - Joo Pessoa - PB - CEP: 58071-600

Aceite / Confirmação

Agencia / Código do beneficiário 3064-1/2447.5



EVANDRO CASSIANO FERREIRA
R ESTER FERNANDES OLIVEIRA 76
JARDIM SORRILANDIA I
58805-010 SOUSA PB

Assine sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
No internet - minhaclear.com.br
Pelo celular *1052*
No Atendimento Claro 1052
Para futura entrega, ligue 1052
Para informações adicionais, ligue 0800 502 073

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado	R\$	39,99
2. Outros Lançamentos	R\$	41,82
Total	R\$	81,81

Período de Uso
de 19/11/2019 a 18/12/2019

Vencimento
15/01/2020

Valor pago na última conta: R\$ 62,99

1. Plano Contratado	83 99173 1754	Valor R\$
Oferta Conjunta Claro MÓX		49,99
Aplicativos Digitais		
Claro Controle 3GB + Minutos Ilimitados (150)		
Desconto de relacionamento		-10,00
Serviços Incluídos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 3GB		

Sub Total - Plano Contratado **R\$ 39,99**

3. Outros Lançamentos		
Débitos Anteriores - Ref 12/2019		39,99
Juros e Multa		1,83

Sub Total - Outros Lançamentos **R\$ 41,82**

Total a Pagar **R\$ 81,81**

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.



Pague sua conta nos bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Certificações para o FUST e FUSTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento de Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na plataforma.

Atenciosamente,

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
EVANDRO CASSIANO FERREIRA	100554514	19/11/19 a 18/12/19	R\$ 81,81	15/01/20
	Claro NE DDD 61 a 89			

848000000000-6 | 81810221202-7 | 00115100554-9 | 51403028122-0



Autenticação bancária: utilize o código de barras e o código de verificação para confirmar o código de barras.

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIÇA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu EVANDRO CASSIANO FERREIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.202.764, 61, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.343.794 01

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.343.794 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ESTELA FERNANDES DE OLIVEIRA</u>	Número: <u>76</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>JOSSORILÂNDIA</u>	Cidade: <u>SOUSA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58805-010</u>	Tel. (DDD): <u>83/99173-1754</u>

Local e Data: SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Evandro Cassiano Ferreira
Assinatura do Declarante

Relatório Médico

Paciente **Raimundo dos Santos Leite**, 36 anos, vítima de acidente com moto no município de Sousa, BR 230- PB no dia 12/08/2018 com BO de número 566/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma na região frontal do crânio, trauma em face esquerda com fratura em arco zigomático e seio maxilar e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento das fraturas em face com redução + colocação de fixação rígida (FIR) e tratamento conservador para o trauma na região frontal com crânio com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso por um período de 30 dias. O mesmo recebeu alta definitiva em 12/09/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Face esquerda + Arco Zigomático + Seio Maxilar apresenta dor a palpação, crepitações, parestesia, diminuição do movimento de abertura da boca e diminuição da força mastigatória.

Região Frontal do crânio apresenta dor a palpação.

O mesmo relata presença de episódios de cefaleia com intensidade forte, vertigens frequentes e parestesia.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 50% da capacidade funcional mastigatória. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 20.02.2020

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

[illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DE JANDUARY CARMEIRO
ENDREÇO RUA HORÁCIO ROSSA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

OWP 86.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO	VERDE
ORIGEM	SOLSA-HOSPITAL REGIONAL DE SOLSA
PACIENTE	RAIRUNDO DOS SANTOS LEITE
NOME SOCIAL	

RAIZUNDO DOS SANTOS LEITE
MARIA ERCILIA DOS SANTOS LEITE
23/06/1983

PROFISSÃO	ALIA	PROJETADA	
ENDEREÇO	SOLSA		
CIDADE	(85)9934-4277		
TELEFONE	701-009636990333		
CNS	CASADO		
ESTADO CIVIL		N.G	52656434

FILIAÇÃO II RAIMUNDO DOS ANJOS LEITE
IDADE 35a 1m COR PARDOS

U.F. 93 BAZRO NUCLEO III
CEP
CELULAR

REG. NASC.

F.R.A	5670
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA	13/08/2018 Horário: 20:55
CARATER	02 - URGENCIA
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO

PRONTUÁRIO 4173

OPERADOR	NOBONO
TIPO DE SERVICIO	URGENCIA E EMERGENCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

PESO: _____ PA: _____ X _____ mmHg TEMP: _____

ANAPHASE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARÂMETROS
H. min

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	DATA	VALOR
1.000.000,00	10/01/2010	100.000,00
2.000.000,00	20/02/2010	200.000,00
3.000.000,00	30/03/2010	300.000,00
4.000.000,00	40/04/2010	400.000,00
5.000.000,00	50/05/2010	500.000,00
6.000.000,00	60/06/2010	600.000,00
7.000.000,00	70/07/2010	700.000,00
8.000.000,00	80/08/2010	800.000,00
9.000.000,00	90/09/2010	900.000,00
10.000.000,00	10/10/2010	1.000.000,00
11.000.000,00	11/11/2010	1.100.000,00
12.000.000,00	12/12/2010	1.200.000,00
13.000.000,00	13/01/2011	1.300.000,00
14.000.000,00	14/02/2011	1.400.000,00
15.000.000,00	15/03/2011	1.500.000,00
16.000.000,00	16/04/2011	1.600.000,00
17.000.000,00	17/05/2011	1.700.000,00
18.000.000,00	18/06/2011	1.800.000,00
19.000.000,00	19/07/2011	1.900.000,00
20.000.000,00	20/08/2011	2.000.000,00
21.000.000,00	21/09/2011	2.100.000,00
22.000.000,00	22/10/2011	2.200.000,00
23.000.000,00	23/11/2011	2.300.000,00
24.000.000,00	24/12/2011	2.400.000,00
25.000.000,00	25/01/2012	2.500.000,00
26.000.000,00	26/02/2012	2.600.000,00
27.000.000,00	27/03/2012	2.700.000,00
28.000.000,00	28/04/2012	2.800.000,00
29.000.000,00	29/05/2012	2.900.000,00
30.000.000,00	30/06/2012	3.000.000,00
31.000.000,00	31/07/2012	3.100.000,00
32.000.000,00	32/08/2012	3.200.000,00
33.000.000,00	33/09/2012	3.300.000,00
34.000.000,00	34/10/2012	3.400.000,00
35.000.000,00	35/11/2012	3.500.000,00
36.000.000,00	36/12/2012	3.600.000,00
37.000.000,00	37/01/2013	3.700.000,00
38.000.000,00	38/02/2013	3.800.000,00
39.000.000,00	39/03/2013	3.900.000,00
40.000.000,00	40/04/2013	4.000.000,00
41.000.000,00	41/05/2013	4.100.000,00
42.000.000,00	42/06/2013	4.200.000,00
43.000.000,00	43/07/2013	4.300.000,00
44.000.000,00	44/08/2013	4.400.000,00
45.000.000,00	45/09/2013	4.500.000,00
46.000.000,00	46/10/2013	4.600.000,00
47.000.000,00	47/11/2013	4.700.000,00
48.000.000,00	48/12/2013	4.800.000,00
49.000.000,00	49/01/2014	4.900.000,00
50.000.000,00	50/02/2014	5.000.000,00
51.000.000,00	51/03/2014	5.100.000,00
52.000.000,00	52/04/2014	5.200.000,00
53.000.000,00	53/05/2014	5.300.000,00
54.000.000,00	54/06/2014	5.400.000,00
55.000.000,00	55/07/2014	5.500.000,00
56.000.000,00	56/08/2014	5.600.000,00
57.000.000,00	57/09/2014	5.700.000,00
58.000.000,00	58/10/2014	5.800.000,00
59.000.000,00	59/11/2014	5.900.000,00
60.000.000,00	60/12/2014	6.000.000,00
61.000.000,00	61/01/2015	6.100.000,00
62.000.000,00	62/02/2015	6.200.000,00
63.000.000,00	63/03/2015	6.300.000,00
64.000.000,00	64/04/2015	6.400.000,00
65.000.000,00	65/05/2015	6.500.000,00
66.000.000,00	66/06/2015	6.600.000,00
67.000.000,00	67/07/2015	6.700.000,00
68.000.000,00	68/08/2015	6.800.000,00

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM (☒) NÃO

MEDI CO / OR / ONS

CARACTER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO (X) 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TÁXIEDO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: 00000 PROCEDIMENTO

SERVICE REALIZATIONS, SOCIÉTÉ EN PROCÈS

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERENCIA

MÉDICO/CBM

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO	
CNES NOME ENDEREÇO CIDADE	1605473 HOSPITAL REGIONAL DEP JANEUHY CARNEIRO RUA MORACIO NORRAGA, S/N PATOS UF PE
CLASSIF. RISCO ORIGEM PACIENTE NOME SOCIAL FILIAÇÃO I NASCIMENTO PROFISSÃO ENDEREÇO CIDADE TELEFONE CNES ESTADO CIVIL	PRÓPRIA RESIDÊNCIA RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE MARIA ERCILIA DOS SANTOS LEITE 23/06/1987 RUA PROJETADA RUA 510000 (87)9934-4221 701400938959333 CASADO R.G. 52.656.434
F.A.R. DATA CAUSAR CONVÊNIO	7602 28/08/2016 MORAMOR: 09:05 02 URGÊNCIA SUS AMBULATORIO
CNES NOME ENDEREÇO CIDADE	CNPJ 08.778.268.0021/76 M FILIAÇÃO II IDADE RAIMUNDO DOS ANJOS LEITE 35A 2A CUB PARDO GÊNERO M BAIRRO CEP NÚCLEO III CELULAR CPF 049.343.794-41 REG. NASC.
F.A.R. DATA CAUSAR CONVÊNIO	4173 4173 TIPO DE SERVIÇO PRONTUÁRIO OPERADOR URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: _____

PRELUD

548

1999

1

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Plano de Trabalho do Curso de Física
e de Matemática (F) 5º ano do Ensino Fundamental
IV - FÍSICA, História
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNOSTIC

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM (☒) NÃO

MEDICO/CRA/CNS

CARATER DO ATENDIMENTO

(2) 91-ELECTIVO

1) 02-URGENTE

C

() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

30

SERVICIOS REALIZADOS: CUOTAS PROCEDIMIENTOS

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERMACÇÃO

©

2

1

5) ALTA MEDICA

NEURALLY CALM

TRABALHO
EXERCÍCIO

Trabalho em tempo
de férias e em tempo
(E) em tempo de
férias e em tempo de

Trabalhando
em 28/08/14
K'omp 11

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Encaminhamento:

Encarregado da Unidade dos
Serviços de Atendimento
Médico com Fim
dos casos de Fim

Dr. Marco Antônio
CRM 13-05-13

Rua José Francisco de Lira, S/N - CEP: 58902-100
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA



Tomografia Computadorizada

Dr. Cláudio Correa
CENTRO DE DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Paciente: Raimundo dos Santos Leite.

Protocolo: 022426

Data: 13/08/2018

TÉCNICA

Exame realizado em Tomógrafo Helicoidal de 02 canais, através de aquisição volumétrica dos dados com 2,5 mm e 5,0 mm de colimação sem a utilização do meio de contraste endovenoso.

RELATÓRIO

Fratura da face orbital e do arco zigomático esquerdo com cavalgamento de fragmentos ósseos nesta última.

Há também fratura cominutiva da parede póstero-lateral do seio maxilar esquerdo, acompanhando-se de hemossinus.

Acompanhando os achados descritos acima, observamos focos gasosos no espaço orbitário e mastigatório.

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

* Obrigado por referir este paciente.

OBS.: EXAME DOCUMENTADO EM 02 FILMES RADIOGRÁFICOS. EVITE EXTRAVIÁ-LOS, POIS ARQUIVAMOS EXCLUSIVAMENTE A CÓPIA DO LAUDO.

Dra. Anne Elise Nogueira
CRM-PB 7604

Av. José Gadelha de Oliveira, s/n - Jardim Sorrilândia - Sousa - PB.
CEP 58805-280 - Fone: (83) 522-4773 / 522-1777(R236) Fax: 522-2790
CNPJ: 03.648.948/0001-46
e-mail: tmgcorea@hotmail.com



REPUBLICA FEDERATIVA DEL PARAGUAY
 MINISTERIO DE INTERIORES
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION



P B

EVANGELINO CASTAÑO FERRERA
 NOMBRE



DNI: 3044912
 SEX: M
 FECH: 05/12/1970
 LUGAR: JOSE DE JESUS MURRILLO
 FILIO: CECILIA CASTAÑO FERRERA

NÚMERO: 04221393640
 FECHA: 11/10/2002
 VENCIMIENTO: 11/10/2007

ALICIA EN FOSO
 O TESTIGO NACIONAL
 1548871134

EVANGELINO CASTAÑO FERRERA
 1548871134

UCA: BOUSA, PS
 FECHA: 10/11/2017
 CANCELACION: 0840714877A
 RENOVACION: 08035457M3

PARAIBA

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: 3180546059

Data da solicitação: 20/02/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF do beneficiário: 049.343.794-01

Nome do solicitante: EVAMBRO CASSIANO FORTREIRA

CPF do solicitante: 088.202.764-61

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99173-1754
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: VAMBINHO.DPVAT@GMAIL.COM

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:

(DESCREVER)

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

SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Local e Data

Evambro Cassiano Fortreira

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).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE
RG: 5256.34 Órgão Emissor: SSTC/GO CPF: 049.343.794-01
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: TECNICO EM COMUNICACAO
Endereço: MULCO HABITACIONAL III N° 8/W
Bairro: AREA RURAL Cep: 58814-000 Cidade/UF: SAO GONCALO - PB

OUTORGADO:

Nome: EVANDRO CASSIANO FERREIRA
RG: 3046912 Órgão Emissor: SSP/PB
CPF: 088.202.764-61
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE
Endereço: RUA ESTER FERNANDES DE OLIVEIRA Nº 76, Bairro: JARDIM SORRILANDIA
Cep: 58805-010, Cidade/UF: SOUSA/PB
Telefone: (83) 98138-7595 (83) 99173-1754

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras com sorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, solicitar BO em qualquer delegacia, ou batalhão de Polícia Militar, e PRF, solicitar copiar de prontuário medico, (FICHA DE ATENDIMENTO, PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO, AMBULATORIO HOSPITALAR), em que o OUTORGANTE tenha sido atendido, em Hospitais publico ou privado, solicitar copia de atendimento do SAMU, BOMBEIROS, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF: 049.343.794-01

Data do Acidente: 12 / 08 / 2018

Cobertura solicitada: () Invalidez Permanente () DAMS () Morte

SOUSA - PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Local e data

Raimundo dos Santos Leite

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420051/18

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF: 049.343.794-01

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO DOS SANTOS
LEITE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE : 049.343.794-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100791 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA PAREDE LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, DA FACE ORBITAL, DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P1
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 20/02/2020, LUIZIANE LIRA N. FONSECA, CRM: 8445.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00