
Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393594

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES

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, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393594

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES

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\$ 1.687,50 |

| | |
|--|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25% | |
| Graduação: Em grau médio 50% | |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% | |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: CLEVERTON LIMA COLARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000653

Conta: 0000047021-2

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



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: 020.039.692-76 4 - Nome completo da vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

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

5 - Nome completo: CLEVERTON LIMA COLARES 6 - CPF: 020.039.692-76

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA, GM DE TABALASCADA RURAL 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CANTÁ 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.390.000

15 - E-mail: monatozsilva636@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 991144021

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00047021 2

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) ☐ 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 - Imprensa

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, Boa Vista 19/8/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: DANO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CANTA

UF: RR

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Bairro: BAIRRO NOVO

Tipo de local: DESCONHECIDO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

OBJETOS

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|----------------|----------------------|
| Objeto | 1 | MOTOCICLETA | ACIDENTE DE TRANSITO |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORAIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Cleverton Lima Colares

CLEVERTON LIMA COLARES
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: DANO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CANTA

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Bairro: BAIRRO NOVO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

UF: RR

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Tipo de local: DESCONHECIDO

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACOLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

OBJETOS

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|----------------|----------------------|
| Objeto | 1 | MOTOCICLETA | ACIDENTE DE TRANSITO |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORAIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Cleverton Lima Colares

CLEVERTON LIMA COLARES
COMUNICANTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

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: 020.039.692-76 4 - Nome completo da vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

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

5 - Nome completo: CLEVERTON LIMA COLARES 6 - CPF: 020.039.692-76

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA, GM DE TABALASCADA RURAL 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CANTÁ 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.390.000

15 - E-mail: monatozsilva636@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 991144021

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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00047021

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 - Imprensa

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, Boa Vista 19/8/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393594 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal direita e escápula direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofas no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.
Não foram identificadas alterações das funções do ombro direito decorrentes do trauma.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em tornozelo direito em grau moderado.

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 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

**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: 3200393594

Nome do(a) Examinado(a): CLEVERTON LIMA COLARES

Endereço do(a) Examinado(a): comunidade indígena tabalascada, 0, zona rural, Cantá/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 4062043

Data e local do acidente: 19/06/2020 - Cantá/RR

Data e local do exame: 11/11/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vítima de colisão moto/carro com consequente fratura da Fíbula distal D e escápula D

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

Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexos 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

Tornozelo D: alteração anatômica sugestiva de pseudoartrose com limitação dos movimentos de flexão/extensão Ombro D: sem alteração anatômica funcional

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 - Médio - 50%

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


Dr. Regina Claudia Henriques Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

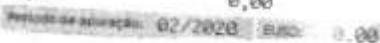
CLIENTE: CLEVERTON LIMA COLARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000047021-2

Nr. da Autenticação 2238880D7EFEB4C9





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 01/2020

VENCIMENTO: 15/02/2020

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

| CATEGORIA | ECONOMIAS | HIDRÔMETRO | VOL FATURADO | DESCRIÇÃO | Nº DA CONTA |
|------------------|-------------------|-----------------|--------------|---------------|-------------|
| RESIDENCIAL | 1 | A10F198348 | 10 | REAL | 16167194 |
| DT. LEITURA ANT. | DT. LEITURA ATUAL | DIAS DE CONSUMO | LEITURA ANT. | LEITURA ATUAL | MÉDIA |
| 05/12/2019 | 07/01/2020 | 33 | 1839 | 1839 | 0 |
| MÊS/ANO | CONS. | MÊS/ANO | CONS. | MÊS/ANO | CONS. |
| 12/2019 | 0 | 11/2019 | 0 | 10/2019 | 0 |

| DESCRIÇÃO | CONSUMO POR FAIXA | VALORES (R\$) |
|----------------------------------|-------------------|---------------|
| ÁGUA | 0 M3 | 23,42 |
| ESGOTO: 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA | | 19,04 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019 | | 0,45 |

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M.

| Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | C. Totais | E. Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-----------|---------|
| Exigidas | - | - | - | - | - |
| Analisadas | - | - | - | - | - |
| Em Conformidade | - | - | - | - | - |

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

| INSCRIÇÃO | MÊS/ANO | GRUPO | TOTAL A PAGAR | ROTA |
|----------------------|---------|-------|---------------|---------|
| 001.031.031.0130.000 | 01/2020 | 17 | 43,74 | 05.1970 |

82610000000-7 43740004001-4 00099358101-6 01202040003-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cleiverton Lima Colares inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima Cleiverton Lima Colares inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 | | Número | Complemento |
| Rua: 05 | | 121 | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Cidade Satélite | Boa Vista | RR | 69.317-471 |
| Email | Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD) |
| nonatosilva638@gmail.com | | | (95) 99114-4021 |

Boa Vista RR de Agosto de 20
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001250929 19/06/2020 21:30:40 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

Paciente: CLEVERTON LIMA COLARES Data Nascimento: 05/02/1992 Idade: 28 A 4 M 14 D CNS: CPF: 02003969276 Prontuário: 02003969276
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: PARDI Raça/Cor: PARDI Naturalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO Pai: NI Contato: (95) 99118-0950
Endereço: RUA - COMUN. TABUA LASCADA - SN - - CANTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: URGÊNCIA
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Registrado por: SILAS.SILVA
SAMU REGIONAL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: 25
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 4 h)
Paciente vítima de acidente de motocicleta e trauma na perna (D) e
Exame Físico: no (D)

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|--------------------------|-------------|------------|
| titul e dipirona no SAMU | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
Transferência para: Ost. ginec. Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica: / /

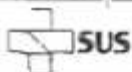
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: silas.silva
Data Hora: 19/06/2020 21:31:28



2001250929



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☒Fem. ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/6/20

0408050497
5828
11799



(LEVENTON LIMA OLIVEIRA)

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/06/2020

OS: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx EXPOSTA TNZ (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: FIXAÇÃO EXTERNA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR. LEONARDO

1º AUXILIAR: DR. PEDRO (R2)

2º AUXILIAR: DR. LAEL (R1)

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Leonardo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17517/ROE 814

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) PCE em DDH + SEDOANESTESIA;

(2) AA + CCE;

(3) COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO (OBSERVAR PERDA DE PCE EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNA.)

(4) CONTROLE RADIOLOGICO;

(5) EMC P/ S.F 0,37. 10L.

(6) SUTURA;

(7) CURATIVO;

(8) NPA

Dr. Lael dos Santos da Silva
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pátrio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Clayton Lima Colares

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

23:00

00:00

Nº 300 Vista - 220
19.06.2020

| AGENTES | 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
| DA | | | | | | | | | | | | |
| X | | | | | | | | | | | | |
| USO | | | | | | | | | | | | |
| • | | | | | | | | | | | | |
| ANES | | | | | | | | | | | | |
| X | | | | | | | | | | | | |
| OP | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR. | | | | | | | | | | | | |
| A | | | | | | | | | | | | |
| RESP | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | | |
| Expor | | | | | | | | | | | | |
| Anest | | | | | | | | | | | | |
| Contro | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | |

| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
|---|----------|------------------------------|--|
| A. Fentanyl | | daqui anestesia com | #check list + monitorização (SpO2 + FC + ECG + PA + I) |
| B. Clorpromazina | | hipertensão simples | |
| C. Propofol 2% | | com ventilação | |
| D. | | espontânea | |
| E. | | | |
| F. | | | |
| G. | | | |
| GLICOSE | LIQUIDOS | Dácula - Naso / Oro Faríngeo | |
| NDOD | | Naso / Orofaríngeo - Dose | |
| SANGUE | | Sol - Temp - Calibre do Tubo | |
| 5F0,4% 1500 ml | | Sol - Mucosa | |
| | | Diluição Técnica | |
| TOTAL | | TEMPO DE ANESTESIA | |
| OPERAÇÃO | | | |
| Tratamento cirúrgico de fratura exposta | | | |
| ANESTESIA | CÓDIGO | OPERADOR | PERDA SANGÜÍNEA |
| Clayton Lima Colares | | Dr. Leonardo | |

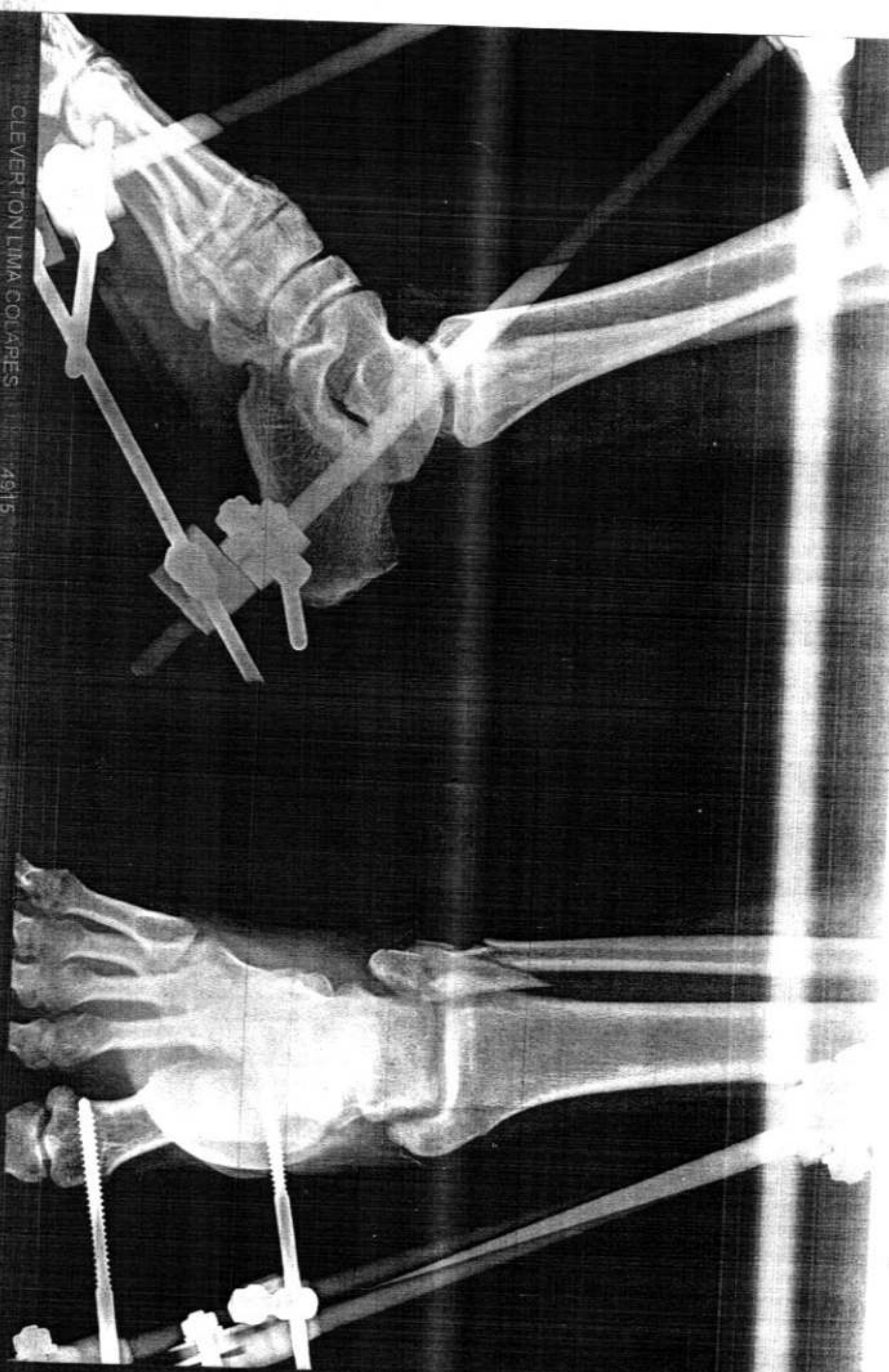
Residente Antônio

Residentes Pedro, Karl

Normatizado + ajuste com
propofol 2% (P)
bloqueio satisfatório

Dr. Thiago C. B. B. B.
MÉDICO
CRM-RR 1098

- ③ Clorpromazina 1 g IV
- ④ Teofilina 400 mg IV
- ⑤ Encaminhado paciente para PA



CLEVERTON LIMA COLAPES

4915

HOSPITAL CORONEL MOTA

30/05/2020

Fabio de Castro

65.6 %

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO OULIO CRUZ

RAIMUNDO ADELINO SILVA

SECRETARIA DO INTERIOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Posição Direita

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242450/20

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

CPF: 020.039.692-76

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: CLEVERTON LIMA COLARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

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: 27/08/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312597/20

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

CPF: 020.039.692-76

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVERTON LIMA COLARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

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: 03/11/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO