

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 00000023353-6

Nr. da Autenticação 53208F959729B46E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189490 **Cidade:** Queimada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA MÉDICA

PÁG. 3,4,

ABA 1: PÁG.1,3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147440/20

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

CPF: 076.667.664-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RODOLFO DOS SANTOS SILVA : 076.667.664-16

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: 25/05/2020
Nome: RODOLFO DOS SANTOS SILVA
CPF: 076.667.664-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: ANA BEATRIZ DA SILVA CINTRA
CPF: 151.621.837-09

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

ANA BEATRIZ DA SILVA CINTRA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189490

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189490

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200189490**

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS SILVA

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 superiores 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: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 0000023353-6

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, retorno 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



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: 076.667.664-16	4 - Nome completo da vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA
5 - Nome completo: RODOLFO DOS SANTOS SILVA		6 - CPF: 076.667.664-16
7 - Profissão: RIGGER SINALEIRO	8 - Endereço: RUA MARIA DA GLÓRIA	9 - Número: 01 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: BAIXA DO MEIO	12 - Cidade: GUAMARÉ	13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.598-000
15 - E-mail: wwmb2012.juridico@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (84) 99688-0950

DADOS CADASTRAIS DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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) Caja Económica Federal (104)

AGÊNCIA: **0761**

CONTA: **00023353**

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)

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 omisão 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.

54
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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **GUAMARÉ/RN, 23 DE abril de 2020.**

Rodolfo dos Santos Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 5ª DELEGACIA REGIONAL - MACAU

Endereço: RUA ABELARDO DE MELO, S/N, CENTRO, MACAU, FONE/FAX: (84) 3361 5532, E-MAIL: 8drp@m.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020075000041

1.2 Data de Expedição: 21/01/2020 14:28:14

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/12/2019 16:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Loteado: PI 459

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: QUEIMADA NOVA

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: PIAUÍ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: ROSEMIRO VITORIANO DA SILVA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07666766416

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 15/06/1987

3.13 Profissão: SINALERO

3.14 RG: 002039158 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 986812148

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 01

3.18 Naturalidade: MACAU RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

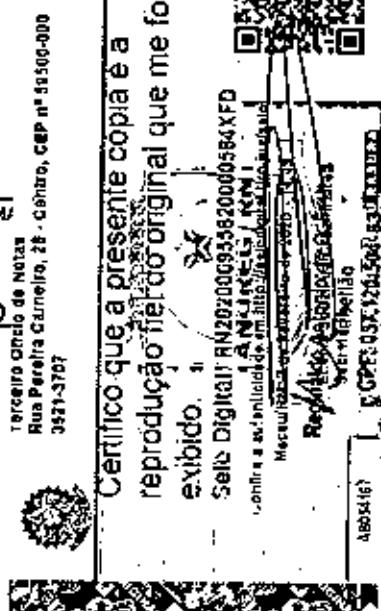
3.22 Loteado: RUA MARIA DA GLÓRIA

3.23 Cidade: GUAMARÉ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA



- 5.1.1 Nome Completo: NÃO INFORMADO
- 5.1.2 Alcunha:
- 5.1.3 Nome Social:
- 5.1.4 Pai:
- 5.1.5 Estado civil:
- 5.1.5 Mãe:
- 5.1.7 Etnia:
- 5.1.8 Orientação Sexual:
- 5.1.9 Data de Nascimento:
- 5.1.10 Identidade de Gênero:
- 5.1.11 RG: Não Informado
- 5.1.11 CPF:
- 5.1.13 Profissão:
- 5.1.13 Nacionalidade:
- 5.1.15 Passaporte:
- 5.1.15 CEP:
- 5.1.17 Características:
- 5.1.17 Vínculo com a Ocorrência:
- 5.1.18 Logradouro:
- 5.1.18 Número:
- 5.1.21 Bairro:
- 5.1.22 Cidade:
- 5.1.23 Estado:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: NÃO INFORMADO

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não Informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 51227

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MOD7254

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: TOYOTA

7.1.8 Modelo: COROLLA XE18FLEX

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: AUTOMÓVEL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: ROSENILSON DOS SANTOS SILVA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA CITADO QUANDO ESTAVAM EM VIAGEM DE LAGOA DO BARRO PARA QUEIMADA NOVA, SOFRERAM UM ACIDENTE DO COLISÃO COM OUTRO VEÍCULO, PÁLIO DE MARCA FIAT. COM A ACIDENTE A VÍTIMA TEVE DUAS FRATURAS NO BRAÇO DIREITO. QUE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA E SE ENCONTRA EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 21/01/2020 14:28:14

Policia

Interessado



[Pregar direito](#)

Atendimento: 2072734 - ARIOSTO AFONSO DE MORAIS

Impresso por: 2072734 - ARIOSTO AFONSO DE MORAIS em 21/01/2020 14:28:32

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

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: 076.667.664-16	4 - Nome completo da vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA
5 - Nome completo: RODOLFO DOS SANTOS SILVA		6 - CPF: 076.667.664-16
7 - Profissão: RIGGER SINALEIRO	8 - Endereço: RUA MARIA DA GLÓRIA	9 - Número: 01 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: BAIXA DO MEIO	12 - Cidade: GUAMARÉ	13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.598-000
15 - E-mail: wwmb2012.juridico@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (84) 99688-0950

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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) Caja Económica Federal (104)

AGÊNCIA: **0761**

CONTA: **00023353**

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 omisão 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.

54
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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **GUAMARÉ/RN, 23 DE abril de 2020.**

Rodolfo dos Santos Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO

HORÁRIO: 19:00 DATA: 07/12/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: O.B.S.

REFERENCIA:

NOME DO SOLICITANTE: Rodolfo do Santos Silva

NOME DO PACIENTE:

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M	F	IDADE: <u>32</u>
SAÍDA DO P.A. <u>19:09</u>		CHEGADA AO LOCAL <u>19:09</u>
SAÍDA DO LOCAL <u>19:43</u>		CHEGADA AO HOSPITAL <u>19:38</u>
SAÍDA DO HOSPITAL <u>19:43</u>		CHEGADA AO P.A. <u>19:43</u>

MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

<input checked="" type="checkbox"/> 01	ACIDENTE DE TRANSITO	07	CHOQUE ELÉTRICO	13	URGÊNCIA CLÍNICA ADULTO
02	AGRESSÃO FÍSICA	08	QUEDA	14	JÁ REMOVIDO
03	URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	09	MAL SÚBITO	15	FALSO CHAMADO
04	ENVENENAMENTO	10	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	12	TRANSFERÊNCIA
05	AFOGAMENTO	11	TENTATIVA DE SUICÍDIO	13	OUTROS
06	QUEIMADURAS	12	URGÊNCIA CLÍNICA INFANTIL		

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

		PUPILA:	FALA:
<input checked="" type="checkbox"/>	RESponde a comando	IGUAIS	NORMAL
	RESponde a dor	DESIGUAIS	CONFUSA
	SEM RESPOSTA		NENHUMA
PULSO RADIAL:	SANGRAMENTO:	SINAIS VITAIS:	
<input checked="" type="checkbox"/>	AUSENTE	PRESSÃO ARTERIAL <u>120x80</u>	SATURAÇÃO <u>98</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	MÍNIMO	PULSO <u>68</u>	TEMPERATURA <u>36°C</u>
AUSENTE	MODERADO	RESPIRAÇÃO <u>16</u>	GLIC. CÁPILAR <u>80</u>

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de colisão entre dois carros. O mesmo seguiu dor no braço direito. O mesmo foi imobilizado pela médica da Expresso Guanito.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASPIRAÇÃO	PRANCHA LONGA	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO
OXIGÊNIO	PRANCHA CURTA	<input checked="" type="checkbox"/> ESFIGMÔMETRO
REANIMAÇÃO CARDIO PULMONAR	KED	<input checked="" type="checkbox"/> GLICOSÍMETRO
CURATIVOS	COLAR CERVICAL	<input checked="" type="checkbox"/> TERMÔMETRO
IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL		ÓBITO
MELHORADO		ANTES DO SOCORRO
PIORADO		ANTES DO TRANSPORTE
INALTERADO		NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Regional Paulista

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL	TÉCNICO DE ENF. SOCORRISTA
<u>Luzia</u>	<u>Maria Feliz Amor de Souza</u> Corm PI 616694



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Maranhão José Tibúrcio, nº 447 - Centro
CNPJ 39.388.000/0001-18
Tel.: (84) 3525-2728
Email: ems_guamare@gmail.com



RECEITUÁRIO

EVISCUENTHUEVO

ESTIMADO O PA-
DENTE ROSALDO SANTOS JUN-
IOR SERVICO DE PESSOA MEXIDA
COM QUESO DE FESTURA DE
LIMÃO DIREITO (S.42.3), SUB-
IRESCAO MEXIDA E OMEGMA
NECESSITA DE 60 (Sessenta) DÍAS
DE AFIRMAMENTO PARA TRATA-
MENMO A PARTIR DESTA DATA

Guamaré - 17/01/2020

Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Pós-Graduado em Traumatologia
CRM 2106 - TEDT 598
CPF: 191.314.804-27



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Monsenhor José Tibúrcio, s/n - Centro.
CEP: 59.598-000 - CNPJ(MF) 12.184.274/0001-67



Atestado Médico

Atesto que o segurado RODOLFO DOS SANTOS
SILVA

foi examinado nesta Unidade de Saúde ás _____ Horas, necessitando de
15, QUINZE) dias de afastamento do trabalho,
a partir desta data. 5.423.

Guamaré/RN, 25 de DEZEMBRO de 2020
Local e Data

Assinatura do Médico e Cédula com CRM

Dr. Carlos Mayno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 1051561
PRAZ: 2024

Nota. Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS< aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificar de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MANOEL LUCAS DE MIRANDA
Rua Monsenhor José Tibúrcio, s/nº – Centro.
CEP 59.598-000 CNPJ 08.184.442/0001-47
Tel.: (84) 3525-2183
E-mail: smsquamare@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declaro junto ao órgão Hospital Manoel Lucas de Miranda que, a Sra. Rodolfo dos Santos Silva, 33 anos, portador do RG: 002.039.158, inscrito no cadastro de pessoa física sob o número 076.667.664-16, residente e domiciliado na Rua: Maria da Glória nº01, Baixa do Meio, Guamaré/RN, esteve nesta unidade hospitalar no dia 15 de janeiro de 2020 para realizar um procedimento cirúrgico que, de acordo com os registros deste setor era classificado como fratura segmentar do úmero direito, realizado pelo médico Dr. Carlos Magno e Narciso Nascimento

Sem mais para o momento, nos colocamos a inteira disposição para qualquer esclarecimento!

Atenciosamente: Setor de Serviço Social.

Assistente social: Myrths Smyth Silva Souza


Myrths Smyth Silva Souza
Assistente Social
CRESS/RN 6049



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE

RODOLFO DOS SANTOS SILVA

15/01/2020 **HORA** 07:01 **Nº BAA** 313942

DATA DE

ENTRADA

IDADE

CARTÃO SUS

33 **SEXO** M **ETNIA** Pardo

705805482545332 **ESTADO** Solteiro(a)

CIVIL

CPF

076.667.664-16 **RG** 002039158 - ssp

NOME DA MÃE

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

NOME DO PAI

ROSEMIRIO VITORIANO DA SILVA

NASCIMENTO

15/06/1987

NATURALIDADE Macau-RN

TELEFONE

(84) 9995-2225

PROFISSÃO OUTROS

RUA/AV.

RUA MARIA DA GLORIA **Nº** 01

BAIRRO

BAIXA DO MEIO

COMPLEMENTO

Casa

CIDADE

Guamaré-RN

CEP

59598-000

ORIGEM

Outra **MOTIVO** Outros / Outros

ACID. DE TRABALHO

Não **USUÁRIO** Patricia



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: RUDOLFO AUS SANTOS SILVA
 Diagnóstico pré-operatório: FRATURA SEGMENTAR DO MICO
DIREITO
 Indicação Terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FESTAÇAO
DE MICO COM FESTAÇAO INTERNA

15/01/2020

INTERVENÇÃO

INÍCIO: 09:55 Fim: 10:10 Duração: _____
 Operador: Nezzerin Nascimento
 1º Auxiliar: Carlos Magno
 2º Auxiliar: _____
 3º Auxiliar: _____
 Instrumentador: Jeane / Francisca Favas
 Anestesista: Catriona Simões

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Inclusão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - técnicas empregadas
 e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos
 Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

PACIENTE SÓR AVULSA, ASSÉPSIA, R
AMAS INCISIVAS, AUSCULTA, ASSESSAMENTO, RE-
TOCUL, PLACA DCP COM 12 FUTOS 06, PÍRIFUS
CORTAIS, MÍTISAS, PVA PLÁSTICAS CURATIVAS
TIRÔIA. ORS: INSTALAÇÃO DRENOS DE SUCO

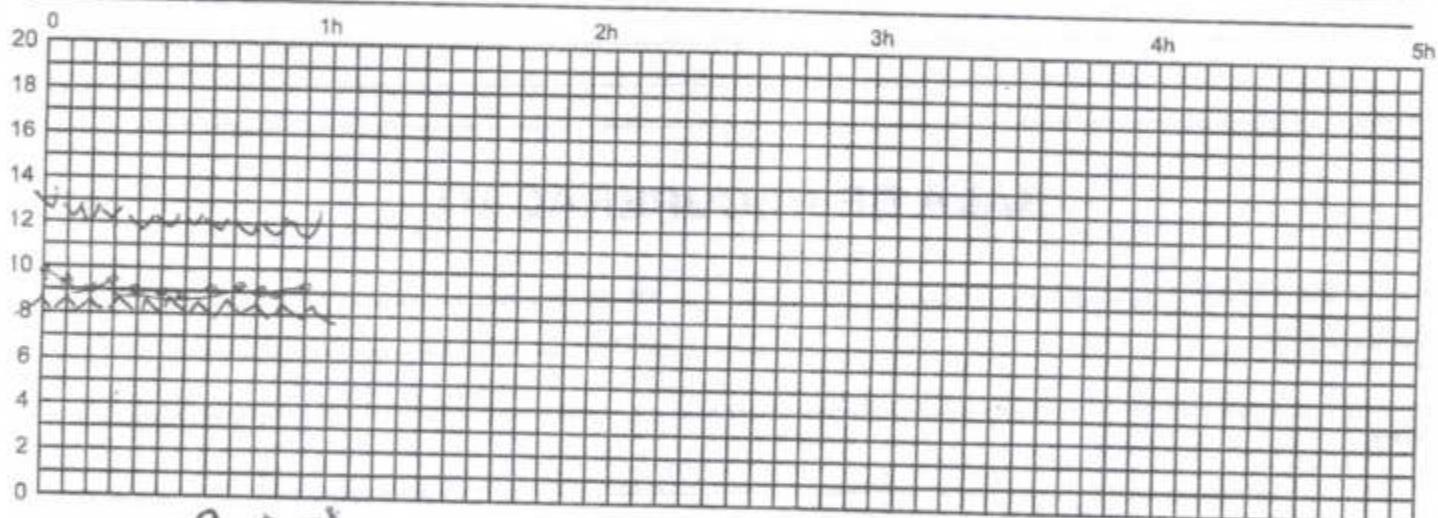
Dr. Carlos Magno R. do Carmo
 Ortopedista - Traumatologista
 Pós-graduado em Traumatologia
 CRM 2106 - TEC 100
 - DC - 10 mm - m2

Assinatura.



Ficha de Anestesia

Paciente: Pedro Lira dos Santos 5.6.82
 Idade: 33 Sexo: M Registro: _____ ASA: I
 Diagnóstico: Fractura de Vértebra Data: 15/05/20
 Cirurgia Realizada: Intervenção de Ortopedia
 Cirurgião: Dr. Wagner Auxiliar: Dr. C. Wagner
 Anestesista: Dra. Cataína de 2903 Enfermagem: _____
 História Clínica Admisional: Paciente é vítima de trânsito em ambulância com motorista e passageiro, e levado para Emergência em U.S.S.
 Técnica Anestésica: Alívio de pressão arterial + Sedação Venosa



Inicio: 09:35h

Término: 10:40h

Anestésicos Utilizados:

- 1 Anestesia local
- 2 Propofol 2.50 + 500
- 3 Fentanil 100
- 4 Xilocaina 20ml
- 5 Rocuronio 31. 1ml
- 6 N2O 92 FR
- 7 Dexadon 1000
- 8 Diprivan 2000
- 9 Gefop 10 - 2 FR
- 10 Flunitos - 1 FR

- 11 SF 0.9% 250 + 500
- 12 F.S. 500 - 1FR
- 13 O2 - 2L/min
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

Encaminhamento:

Dr. Wagner Cataína de 2903
Médico
CRM: 12.184.274/0001-67

Cataína de 2903

Assinatura do Anestesiologista - CRM

VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

Data da Cirurgia: _____

Cirurgia: _____

Medicamentos: _____

Exame Físico: _____

Exames Complementares: _____

SALA DE RECUPERAÇÃO

Data de Admissão: _____ Hora: _____

Data de Saída: _____ Hora: _____

Horário de verificação											
Atividade											
Respiração											
Circulação											
Consciência											
Cor											

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
0	S/ Mov. Membros	Apnéia, Obstrução	PA Variado + 50%	Não Responde	Cianótico
1	Mov. 02 Membros	Dispneia, Obstrução Parcial	PA 20 - 50%	Responde a Chamada	Pálido, Letórico
2	Mov. 04 Membros	Respira bem, tosse	PA Estável +- 20%	Acordado	

CRITÉRIO DE ALTA

ÍNDICE DE ALDRETTE > 8

DECLARAÇÃO

Declaramos que CONSTA no Sistema Único de Benefícios, nesta data, a concessão do(s) seguinte(s) benefício(s) que possuam como titular o CPF nº **076.667.664-16** pertencente a **RODOLFO DOS SANTOS SILVA**:

Número do Benefício	Situação	Espécie	Último Pgto.	Ínicio	Cessação
630.975.417-7	ATIVO	AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO	R\$ 1.648,41	10/01/2020	31/05/2020

*Último Pgto: Refere-se ao valor atualizado da renda mensal inicial, reajustado pelos índices de correção monetária. Se a espécie for Pensão Alimentícia, o valor deverá ser consultado no histórico de créditos.



Brasília, DF, 30/04/2020

LEONARDO JOSÉ ROLIM GUIMARÃES
Presidente do INSS



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#aberto/autenticidade>
com o código 200430Y5IROA26

Em 21/01/2020 11:03:01

▼ Dados do Veículo de placa MOD7254

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Especificação	Lugares
MOD7254	11711.520	MOD7254/PB	16-AUTOMÓVEL	1-Particular	1-Passageiro	S
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo	Perfóndia	Combustível	Chassi/corpo
144821-TOYOTA COROLLA XEI 1.8 FLEX (Nacional)	12008/2009			1138	16-Alcool-Gasol	110-PRATA
Nome do Proprietário						1999-VAC APLICAVEL
ROSENILSON DOS SANTOS S FILHA						Recadastrado DETRAN
Proprietário Anterior						Identificada
Município de Empreendimento			(Clique para detalhar)			Situação Legal
GRANDE			(2019 em 11/01/2019, Elaboração Atualizada no lote 01 1654, AR-0507-302250188 (CRV emitido/Via 1))			REGULAR Puração 2/2/2019/ DETRAN
Restrição à Venda						Adquirido em Situação
Sem ônibus						10/07/2017
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNC - Sistema Nacional de Garantia						Em Circulação
Nenhuma informação pendente até esta data						Sequência
Impedimentos						11449316
Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Classe (Clique abaixo para o envio de GUIA)			Número da Guia		Valor Nominal (R\$)	Valor Atual (R\$)
Desconto Anual 2020			31112303.122557177	20/03/2020	90,00	90,00
Seguro DPVAT (Farelo Unica) 2020			9.00122557170	13/03/2020	5,23	5,23
Pagamento CRV e AR (CORREIOS) 2020			31112319.9.122557185	20/03/2020	7,00	7,00
Taxa BoletoBanco - Cartão 2020			3147908.9.122557186	20/03/2020	25,00	25,00
				Total das Débitos:	R\$ 127,23	R\$ 127,23
Taxas Detran			Seguro DPVAT	IPVA	Multas	
132,00			15,23	0,00	0,00	

▼ Infrações em Ausência

Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

▼ Usuários de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

▼ Último Processo

Processo	104438915406	Início em	
51001778/2017		10/07/2017 às 12h03min	
Situação		Final em	
Encerrado		12/07/2017 às 09h52min	
Serviço		Exeção em	
Introdução na UF		Em 29/07/2017 às 12h33min por 00881735426	
Gerção de guia de pagamento		Em 20/07/2017 às 12h33min por 00881735426	
Automação		Em 21/07/2017 às 09h37min por 08688077452	
Emissão CRV (1º via)		Em 21/07/2017 às 09h38min por 03961342404	

► Recursos de Infração

Nenhum Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

► Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE DOUTOR CACAU



Neuma Silva dos Santos Umbelino
ASSINATURA DO TITULAR

CAHTE DA IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
999.579-22.10.06

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

LUIZ RICARDO DOS SANTOS

FRANCISCA ALEXANDRE DA SILVA

GUAMARÉ - RN 17.07.1962

CERT. CAS. N° 03-F-2-L-208 DO CART.
DE GUAMARÉ - RN

LEIA MUITO DE PERTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLIGRAM DIREITO

Neuma S. dos Santos Umbelino

ASSINATURA DA IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

DATA DE NASCIMENTO

17/07/1962

Nº INSCRIÇÃO

0066.3443-7651

ZONA

030

SEÇÃO

0009

MUNICÍPIO / UF

GUAMARÉ/RN

DATA DE EMISSÃO

11/01/2010



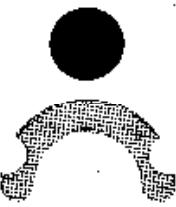
Cadastro de Pessoas Físicas

Número do Imóvel:

874.626.134-68

NEUMA SILVA DOS SANTOS UMBELINO

Nascimento:
17/07/1962



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



35105120

AR
Correios MP
PESO INT
10.405
DI 005183985 BR



3376

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO	TELEFONE / Phone Number
ENDEREÇO / A.	
CEP / Zip	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
R. da Assembléia, 100 - 16º andar
Centro, RJ - CEP 20011-904

ATENDIMENTO

 Correios



**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

 dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
Rodrigo dos Santos Silva	84 99683-0950		
ENDEREÇO / Address	Rua Maria da Glória, nº 01, Bairro do Recife, centro.		
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
59590-000	Guamaré	RN	
   "RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"			

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)		
<input type="checkbox"/> NUDOU-SE devolvo	<input type="checkbox"/> VALETOU devolvo	
<input type="checkbox"/> RECUSADO devolvo	<input type="checkbox"/> TRIBUTO INSUFICIENTE devolvo	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO devolvo	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO devolvo	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO devolvo	<input type="checkbox"/> OUTROS devolvo	
<input type="checkbox"/> AUSPITE devolvo		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico	Intercâmbio provisório de documento com o condômino	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em		
Data / / Responsável / / /		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189490 **Cidade:** Queimada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

PÁG. 3,4,

ABA 1: PÁG.1,3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147440/20

Número do Sinistro: 3200189490

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

CPF: 076.667.664-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: RODOLFO DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.