

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440 **Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA**

Data do Acidente: 21/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

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.

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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440 Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

Informamos que o pagamento da

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MAXIMO ROBERTO LIMA**

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

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





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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440 Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

Informamos que o pagamento da

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 40%

% Invalidez Permanente DPVAT: (40% de 50%) 20,00%

Valor a indenizar: 20,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: **MAXIMO ROBERTO LIMA**

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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 Adl.

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da(s) vitima(s)

095.478.304-22 MAXIMO ROBERTO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

MAXIMO ROBERTO LIMA

6 - CPF:

095.478.304-22

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO - ESCURREGADA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

P. ISABEL

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CNPJ:

58 755-000

16 - Tel.(DDD):

83 - 999-32-44-13

DADOS CADASTRAIS

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 COPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

R\$ 0,00 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, desmarque suas opções)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BEA OESTE - 237

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3457

CONTA: 0130180

Inserir o dígito de verif.

Inserir o dígito de verif.

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/depósito do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, respeitando o quanto devidamente pago e efetuado de crédito, quando total ou parcialmente recebido.

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

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

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

Solicito e promesso que da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, pela invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordo com o valor de R\$ 0,00 em meu benefício, conforme medida que seja necessária, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (ho Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatrieto(s):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro(a) vivo(s)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Sim

Não

33 - Vítima de pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34 -

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a foto)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a foto)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a foto)

38 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 23-10-2019

X maximo Roberto Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001-V002/2019

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL N° 614/2019, LIVRO n° 003/2019.

DATA: 03/12/2019

HORA: 14h55min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: Bruno Sergio Maciel de Queiroz

Noticiante: MÁXIMO ROBERTO LIMA

Estado civil: CASADO

RG: 2965789 2ª VIA SSP/PB

CPF: 095.478.304-22

Sexo: MASCULINO

Nascimento: 21.02.1985

Idade: 34 anos

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: AGRICULTOR

Filiação: ALBERTO COSTA DE LIMA E MARIA DO CARMO LIMA

Endereço: SITIO ESCORREGADA, ZONA RURAL, PRINCESA ISABEL/PB

NARRATIVA

QUE NO DIA 21/11/2019 PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESSD, CHASSI: 9C2KD0610JR012354, PLACA: OFY-6311/PB, ANO/MODELO:2017/2018, COR: VERMELHA, REGISTRADA EM NOME DO DECLARANTE, QUE VINHA DE SUA RESIDÊNCIA EM DIREÇÃO A CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE EM UM DETERMINADO PONTO TINHA UMA AREIA, QUE DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE, QUE VEIO AO SOLO, QUE FOI SOCORRIDO PO UM TIO QUE MORA NAS PROXIMIDADES, QUE SUA TIA ESTAVA COMO GARUPA MAIS NADA SOFREU, QUE FOI TRAZIDO PARA UPA DA CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE FRATUROU DOIS DEDOS DO PÉ ESQUEDO, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NA CIDADE DE SERRA TALHADA/PE, QUE ARRUMOU O DINHEIRO E ARCOU COM O VALOR DA CIRURGIA, QUE CORRIA O RISCO DE AMPUTAÇÃO CASO A CIRURGIA NÃO FOSSE REALIZADA DE IMEDIATO.

O referido é verdade, Dou fé-Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Máximo Roberto Lima



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 Adl.

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da(s) vitima(s)

095.478.304-22 MAXIMO ROBERTO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

MAXIMO ROBERTO LIMA

6 - CPF:

095.478.304-22

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO - ESCURREGADA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

P. ISABEL

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CNPJ:

58 755-000

16 - Tel.(DDD):

83 - 999-32-44-13

DADOS CADASTRAIS

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 COPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

R\$ 0,00 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, desmarque suas opções)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BEA OESTE - 237

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3457 CONTA: 0130180

Inserir o dígito de verif.

Inserir o dígito de verif.

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/ou parcela do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, incorrigendo e dando, desde já, a correspondente autorização para a efetivação do crédito, quando total ou parcialmente recebido.

INVALIDEZ
PERMANENTE

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

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

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

Solicito e promesso que da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, pela invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordo com o valor de R\$ 00,00 em meu benefício, conforme medida que seja necessário, as custas da seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

NÃO ALFABETIZADO

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 compatriote(s):

Sim Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou filhos, informar

Vivos: Falecidos:

nascitum/variacion:

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima de pais/avós vivos?

Sim

Não

Sim

Não

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

34:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a foto):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a foto):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a foto):

38 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 23-10-2019

X maximo Roberto Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001-V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Ficha: 148568 Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA

SITIO ESCORREGADA nº S/N - ZONA RURAL - Princesa Isabel / PB-58755000

Complemento:

Sexo: Masculino Cor: Pardo

Estado Civil: -1

Data de nascimento: 21/02/1985

Idade: 34 A e 9 M

Prontuário: 15378

Data Atendimento: 21/11/2019 05:53:08

CNS: 898004508768816

CPF: 09547830422

Convênio: SUS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Esp.: CLINICA GERAL

Grau Instrução: Fundamental II (5ª a 8ª Série)

Nome Social:

Mãe: MARIA DO CARMO LIMA

Telefone: / (83) 99821-8593

FICHA DE ATENDIMENTO - PA

PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

Classificação de Risco

Verde

P.A.: 121X86	HGT:	P脉:	Temp.: °C	Peso:	Saturação:	FR:
--------------	------	-----	-----------	-------	------------	-----

Dor/Local/Score:

Alergia: Nenhuma

Queixa: ESCORIAÇÕES E FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM MMII RELACIONADOS À QUEDA DE MOTO

Tipo de Alta/Reavaliação: Reavaliação

BARBARA MARIA DUARTE M SANTOS
ENFERMEIRO(A)

Data Classificação: 21/11/2019 06:12:13

Motivo do atendimento e descrição do exame Clínico/Anamnese:

Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59
PACIENTE APRESENTANDO-SE COM FERIMENTO EM HÁLUX ESQUERDO APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO

*Cássia Rodrigues da Lima
Técnica em Radiologia
CRTR: 025191*

Exames Complementares Realizados/Solicitados:

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

Hipótese diagnóstica:

S99 - Outr traum e os NE do tornozelo e do pe (Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59)

Conduta (Tratamento Realizado)/Sumário:

Tipo de atendimento:

Grupo de atendimento:

*Oftirroco 1g + 10% 15F à 0,9% 10ml EV
Tornozelo 40mg + 10% EV 07/03*

EV

Transfusão Serra Talhada

12:20

VIRE

*Dr. Hermógenes Albuquerque Feitosa
Médico
CRM-PB 5445
CREMESP 23459*

Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA
CRM: 5445

Assinatura do paciente/responsável

Data de Emissão: 21/11/2019 06:24:24 pelo usuário HERMOGENES.FEITOSA

Usuário da Recepção: DANIELLE.LIMA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

Nr. Autenticação

BRADESCO3004202005000000000237034570000013018067500 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

Nr. Autenticação

BRADESCO27052020050000000002370345700000130180270000 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para maiores 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)

Capitais 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

Eu, MAXIMO Roberto Lima,

RG nº 2.965.789

, data de expedição 27/03/2019

Órgão SSP-PB

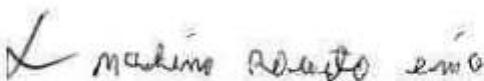
, CPF nº 095.478.309-22

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio - ESVERE 6454</u>
Número	<u>SN</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARÁ PB</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999-32.44-13</u>
E-mail	<u>— 1 —</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - PB, 03-12-2019


Maximo Roberto Lima

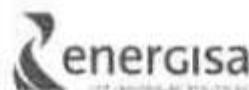
Assinatura do Declarante

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via da conta

Período para sempre pagamento da nota fiscal com data de emissão 01/01/2020 N° 038.153.458



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 19.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

MARIA CLEIDE DE SOUSA
SIT ESCORREGADA S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1475328-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	28/01/2020	66	04/02/2020	R\$ 40,40

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/02/2020

Pagador: MARIA CLEIDE DE SOUSA CNPJ/CPF: 098.979.934-44

SIT ESCORREGADA S/N - AREA RURAL - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011547779	001475328202001	04/02/2020	R\$ 40,40	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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)

Capitais 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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da presença 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROUILL E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Rómulo de Souza Ferraz

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.389-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAXIMO Roberto Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.806.284-34,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAXIMO Roberto Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.478.304-22 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda RECUSOU-SC e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: RAFAEL ROSAS</u>	Número:	<u>58</u>	Complemento:	<u>C4SA</u>
Bairro:	<u>MAIA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.755-000</u>

Local e Data: P. ISABEL - PI, 23-12-2019

Rómulo de Souza Ferraz

Assinatura do Declarante



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

SALVAMENTO

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento:	21/11/2019	Prontuario:	00045771	Registro:	00097165	Convênio:	PARTICULAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA								
Data Nascimento:	21/02/1985	Idade:	34 Anos, 9 Meses	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA	
Estado Civil:	CASADO(A)	Profissão:	AGRICULTOR	Naturalidade:		Nacionalidade:		
Filiação: Pai:	ALBERTO COSTA DE LIMA		Mãe:	MARIA DO CARMO LIMA				
Endereço:	SITIO ESCORREGADO					Nº		
Barrio:	ZONA RURAL	Cidade:	PRINCESA ISABEL		Estado:	PB	Telefone:	83-99821892
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:								
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []					
Suicídio []	Casual []	Outros []						
Nome do Acompanhante:					Telefone para Contato:			
Endereço:								
Local da Ocorrência:								
ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS								
<p style="text-align: center;">- TRAUMA NO PÉ - APÓS ACIDENTE MOTOCICLETA</p>								
Diagnóstico Inicial:								
<p style="text-align: center;">FRAUMLA PCD 1416</p>								
SADT								
Diagnóstico Final:								
<p style="text-align: center;">O MESMO</p>								
Data do Atendimento:	Data do Atendimento:							
Melhorada []	Decisão Médica []	Data do Internamento: 21/11/2019						
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 22/11/2019						
Piorado []	Transferência []	Dr. FERNANDO SILVA						
Óbito+48h []	Evasão []	CRM: 15.172						
Óbito-48h []	Indisciplina []	CPF: 034.9.0016-0112						
Óbito em _____ / _____ / _____	Hora: _____	Médico Responsável						

Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
---------------------	--	---------------------

Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSERÇÃO
- SUTURA
- CURATIVO
- 02 FIO METALICO LISO

Dr. Ebenor A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Cirurgião



S. FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Ruth Schaeffer, Silver Spring, Maryland, 20910; Tel. 301-961-7920
FAX 301-961-7921; E-mail: rschaefer@erols.com

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

Registro: 00097165

Clinica CIRURGICA

Leite 000001 LEITO 01

<u>DATA</u>	<u>HORA</u>	<u>EVOLUÇÃO MÉDICA</u>
23/11/12		PACIENTE INFERNO PARA PROCEDIMENTO cirúrgico. Dr. Fábio S. Viana Ortopedista CEM - Func. 0.0000-0112
		SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB EFEITO DE ANESTESIA LOCAL Dr. Fábio S. Viana Ortopedista CEM - Func. 0.0000-0112
22/11/12		ALTA MEDICA Dr. Fábio S. Viana Ortopedista CEM - Func. 0.0000-0112

RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07
Para: DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira'; laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
ronald.santos@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



P-239

CÓDIGO DE CONTROLE

12B2.2745.6988.C508



Emitido pela Secretaria da Receita Federal
as 11:01:20 do dia 11/03/2019 (hora e dígito verificador: 00)

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE PAGAMENTO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.965.789 - 2 ^a VIA
NOME	MÁXIMO ROBERTO LIMA
FILIAÇÃO	ALBERTO COSTA DE LIMA MARIA DO CARMO LIMA
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL-PB
DOC. CRUZEM.	CERT. CAS. Nº10517 - LIV.B.20 - FLS.162.V - CARTÓRIO PRINCESA ISABEL-PB
CPF	095.478.304-22
DATA DE NASCIMENTO	21/02/1985
Assinatura: <i>Ariane Roberta Lima</i>	
LEIA MUITO DE 29/08/19	



Número
095.478.

Nome
MAXIMO ROBERTO LIMA

Nascimento
21/02/1985

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 014630685045	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	
1	01143328083	00/00000000 2019	
NOME			
MAXIMO ROBERTO LIMA			
CPF/CNPJ	PLACA		
09547830422	OFY6311/PB		
PLACA ANTO/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KD0810JR012354		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NEQ APLIC	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2017	2018	
CAP/POT/CIL	CATEGÓRIA	COR PREDOMINANTE	
2-P/162 CI	PARTIC	VERME LHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS	
IPVVA PAGO EM	00/00/0000	1*	
FAIXA IPVVA	PARCELAMENTO/COTAS	2*	
0		3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	01/04/2019
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		0	
PRINCESA INDUSTRIAL	DATA		
41521	15/04/2019	S1054	

DENATRAN

CONTRAR

LACRE

004

559

888

777

000

444

555

444

333

222

111

000

999

888

777

666

555

444

333

222

111

000

999

888

777

666

555

444

333

222

111

000

999

888

777

666

555

444

333

222

111

000

999

888

777

666

555

444

333

222

111

000

SEGURADO OBRIGATÓRIO DEDANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE CUPOR SUE CARGA TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 014630685045 BILHETE DE SEGURADO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	DATA
1	09547830422	2019 15/04
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01143328083	HONDA/NXR160 BROS E	
ANO FAB.	DATA CHASSI	
2017	9 9C2KD0810JR012354	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	PRIMAS CERTIFICADAS
*****	SEGURO	PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA DO	DATA DE PAGAMENTO
		01/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-1302478-20190415

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110440 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX ESQUERO (BAM E PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PG 2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

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 DE HÁLUX ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PMR.
POUQUISSIMA DOCUMENTAÇÃO

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110440 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA HÁLUX E 2º DEDO PÉ ESQUERDO. P1. ANEXO 1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P2. ANEXO 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & @ PAGINA 1. (PMR). PARECER FEITO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ENVIADO.

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07
Para: DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira'; laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
ronald.santos@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2.965.789 - SSP-PB
CPF: 095-478-304-22
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: Sítio ESCORREGAÇA, ZONA RURAL, P. ISABEL
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 999.324.413

OUTORGADO:

Nome: Romulo de Souza Ferreira
Nacionalidade: 1568258 - SSP - PB - BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 1568258 - SSP - PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: comerciante
Endereço: Rua Rafael Rosas, n°, MAIA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83. 999.32-44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, Incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer a praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

P. ISABEL - PB, 03-12-2019

Local e data

X Maximo Roberto Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emilia Érica Alves Fossão - Tabelião Titular
Rua Dr. Júlio César da Cunha, 20 - Centro - Petrópolis - RJ - CEP: 25.900-000
Fone: (22) 9975-5002 | Email: tabelionato@bol.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

MAXIMO ROBERTO LIMA

Em testada verdade, Princesa Isabel-PB 03/12/2017 10:28:37

Em testada verdade, Princesa Isabel-PB 03/12/2017 10:28:37

Isabel Kaline Frardo da Silva - Escrevente

[2019-007172]EMRL-RS #9,91 FAPEN:RS 8,29 FEPJ:RS 1,98

SELO DIGITAL: AJM92923-WFD7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Princesa Isabel
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087560/20

Número do Sinistro: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do acidente: 21/11/2019

CPF: 095.478.304-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAXIMO ROBERTO LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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.