

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, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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 Março de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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\$ 8.437,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%

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

Recebedor: **ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA**

Valor: **R\$ 8.437,50**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **0000080784-8**

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,





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, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

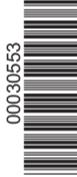
Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 09/07/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059170 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM LESÃO DO NERVO ÓTICO ESQUERDO .
FRATURA EXPOSTA DO OLECRANODIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO OLHO ESQUERDO APRESENTA FUNDO DO OLHO ALTERADO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE NORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES MUSCULARES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÃO MOTORA. APRESENTA CEGUEIRA NO OLHO ESQUERDO ,AVALIADO PELA OFTALMOLOGISTA.(DOUTORA JAQUELINE O PAÇO.). AO EXAME FÍSICO DO COTOVELO DIREITO APRESENTA FLEXÃO AOS 80°, EXTENSÃO AOS 20°, PRONADAÇÃO AOS 70°, SUPINAÇÃO AOS 50°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES MUSCULARES, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO, CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIADO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO NO COTOVELO DIREITO.
APRESENTA SEQUELA DE GRAU MODERADO NO COTOVELO DIREITO E DE GRAU COMPLETO NO OLHO ESQUERDO COM CEGUEIRA TOTAL POR LESÃO DO NERVO ÓTICO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSÍNTESSES DA FRATURA DO OLECRANO (FK 1,5CM FIO CERCLAGEM) DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA FACIAL, INTERNADO POR 8 DIAS, SEGUIMENTO EM CONSULTA POR 2 MESES, NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS, DE ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO NO COTOVELO DIREITO.
DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU COMPLETO EM OLHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2021

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais NO COTOVELO DIREITO E EM OLHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

**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: **3210059170**

Nome do(a) Examinado(a): **ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **TV ASSIS, 157, , Rio Branco/AC**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / Não Informado**

Data e local do acidente: **06/12/2020 - Rio Branco/AC**

Data e local do exame: **17/03/2021 - Rio Branco/AC**

Coordenadas Geográficas: **Latitude: -9.97107 , longitude: -67.80957**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA FACIAL COM LESÃO DO NERVO ÓTICO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO OLECRANO DIREITO

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

Submetido a tratamento cirúrgico para osteossínteses da fratura do olecrano (FK 1,5CM FIO CERCLAGEM) direito e tratamento conservador do trauma facial,internado por 8 dias,seguimento em consulta por 2 meses,não houve complicações pós cirúrgicas,de alta MÉDICA.

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

Ao exame físico do olho esquerdo apresenta fundo do olho alterado. Apresenta na região observada sensibilidade normal, cicatriz operatória inexiste, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. apresenta cegueira no olho esquerdo ,avaliado pela oftalmologista.(Doutora Jaqueline O Paço.). Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 20°, pronação aos 70°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no cotovelo direito.

IV. Nexo 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

apresenta sequela de grau moderado no cotovelo direito e de grau intenso no olho esquerdo com cegueira total por lesão do nervo ótico.

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.

Olho Esquerdo - Total - 100%

Cotovelo Direito - Médio - 50%


Dr. Beatriz Sanchez Perez
CRM-AC 2140

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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 00000080784-8

Nr. da Autenticação AD05F3D900551F36

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: 4 - Nome completo da vítima:
03.247.572.30 Abracassis maia da Rocha

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

5 - Nome completo: ABRAAO ASSIS maia da Rocha	6 - CPF: 03.247.572.30		
7 - Profissão: jelureu	8 - Endereço: TV Anis (Rural)	9 - Número: 157	10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Santa maria	12 - Cidade: Rio Branco	13 - Estado: AC	14 - CEP: 69.900.000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 68-99969-0896	

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:
68-99918-3322

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 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) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0531

03

CONTA: 00080784 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 Lider 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar
leve filhos? Não 30 - Vítima deixou
Vivos: Falecidos: 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar
Nascituro\Nascidos? Não 33 - Vítima deixou
Vivos: Falecidos: 34 - Vítima Sim 35 - Vítima Não 36 - Vítima Sim 37 - Vítima Não 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco /AC 12-02-2021
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2020 11:28:33 Data/Hora Fim: 18/12/2020 11:41:33
Delegado de Polícia: Marcus Jose da Silva Cabral

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 06/12/2020 03:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Areal

Logradouro: AMADEO BARBOSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/01/1992 Idade: 28

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Rio Branco - AC

Nome da Mãe: Francisca Pinheiro Maia

Documento(s)

CPF: 013.247.572-30

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA ASSIS

Nº: 157

CEP: 69.900-970

Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta especializada para informar que na data e hora acima mencionado, estava trafegando na Avenida Amadeo Barbosa, pilotando a sua motocicleta, UMA FAN 160 DE COR VERMELHA PLACA: QLU2865, ANO 2019, quando bateu um buraco na viam caiu e ficou desacordado. Que o comunicante foi socorrido pelo SAMU e ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO. Que o comunicante quebrou o braço e machucou o lado esquerdo do rosto. Para efeitos legais registra o presente boletim.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

ASSINATURAS

Vanda Ferreira de Oliveira

Agente de Polícia
Matrícula 91673825

Responsável pelo Abordamento

Abraao Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

"Declara para os devidos fins de direito que sou (a) (un)idade responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela instantânea declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Com商ivento do Código Penal Brasileiro."

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: 4 - Nome completo da vítima:
03.247.572.30 Abracassis maia da Rocha

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

5 - Nome completo: ABRAO ASSIS maia da Rocha	6 - CPF: 03.247.572.30		
7 - Profissão: jeleneu	8 - Endereço: TV Anis (Rural)	9 - Número: 157	10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Santa maria	12 - Cidade: Rio Branco	13 - Estado: AC	14 - CEP: 69.900.000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 68-99969-0896	

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:
68-99918-3322

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 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) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0531

03

CONTA: 00080784 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 Lider 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar
leve filhos? Não 30 - Vítima deixou
Vivos: Falecidos: 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar
Nascituro\Nascidos? Não 33 - Vítima deixou
Vivos: Falecidos: 34 - Vítima deixou pais\avós vivos? Sim
 Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco /AC 12-02-2021

Abrao Assis maia da Rocha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Laujo

Muito para o devido fim
que o Dr. Mariano assinou nota de
recomendação para o Dr. Thoini
na data 06/12/2020 apresentando
fratura de clavícula direita
pende procedimento a ser feito para
redução e fixação.

Examinou em exames realizados 10 cm
ao longo da clavícula com desvio (D),
fratura com fratura no estabilo (M)-
hipofíseal do braço (B) e redução
de 20 graus mostrando os desvios
em tanto é precursor de sequelas
definitivas na ordem 75% e de alta
mortalidade.



Attn 09/02/2021



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Número do Sinistro: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

ABRAAO ASSIS MAIA DA
ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS 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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA