

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320028871701

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA HORACIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000095353

Número da Autenticação

AF9530A608AD8D01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288717

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & CONFORME @ P 1 (ABA OUTROS), DR. ALAN FELIPE OLIVEIRA DE ALENCAR, CRM-CE: 18121, DE 05/08/2020.

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288717

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & CONFORME @ P 1 (ABA OUTROS), DR. ALAN FELIPE OLIVEIRA DE ALENCAR, CRM-CE: 18121, DE 05/08/2020.

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288717

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA HORACIO

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, contados 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



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: 004.762.723-94 4 - Nome completo da vítima: Antônia Korácio

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

5 - Nome completo: Antônia Korácio 6 - CPF: 004.762.723-94
 7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua 0012 9 - Número: 1195 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Atipiano 12 - Cidade: Iguatu 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.500-009
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88)99669-0220

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0613 CONTA: 95353 3
(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (maior)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Iguatu - CE, 10.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288717

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA HORACIO

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: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **ANTONIA HORACIO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000613**

Conta: **0000095353-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 2277 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/06/2020 09:36:33**
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2020 16:41:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT TANQUE, ZONA RURAL - IGUATU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA HORACIO**
Nascimento: **03/05/1982** CPF: **004.762.723-94**
RG: **2001029187620** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ORMECINDA ANA HORACIO**
FRANCISCO HORÁCIO
Endereço: **RUA 12, 1195**
Bairro: **ALTIPLANO**
Município: **IGUATU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98834-0822**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ0995** Uf: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:
9C2KD1000JR128670 Renavam: **1162755099** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **Josefina de Jesus Brito** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu a esta delegacia (a)DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de CONDUTORA, na moto acima cadastrada; Que no dia do acidente havia chovido e ao passar por dentro de uma "GROTA", quando a moto derrapou vindo a declarante cair; Que foi socorrida por um popular para o Hospital Regional de Iguatu ;Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônia Horácio

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS SANDRO NAZARÉ DE LIRA - MAT.: 126911-1-4

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente		CNS		Guia de Autorização	
062032	0009	ANTONIA HORACIO		898002700738707			
Documento(s)				CPF: 004.762.723-94			
Data de Nascimento		Local		Estado Civil		Sexo	
03/05/1982		IGUATU/CE		Solteiro(a)		Feminino	
Pai				Mãe		Idade	
FRANCISCO HORACIO				ORMECINDA ANA HORACIO		37 Ano(s)	
Endereço				Bairro		CEP	
RUA 12, 1195				ALTIPLANO		63500-000	
Profissão		Empresa		Município		UF	
				IGUATU		CE	
Responsável		CPF do Responsável		Endereço		Município	
ANTONIO ORACIO				RUA 12, 1195		IGUATU	
						UF	
						CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
16/02/2020	16:41	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
PLINIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO			15916/CE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário	
			ANTONIA DO CARMO DE SOUZA	
Observação				
Sala				
Data/Hora Liberação			Tipo de Saída	
			<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito	
Sinais Vitais				
Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (lpm)	Frequência Respiratória (rpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pta. certifica de acidente de trânsito com trauma em MTE, com queixa de dor no período. Nega cefaleia, náusea, vômito, ataxia, incontinência, orientada, ECG IS, Aórtica, abdome e bacula em antea.

Col: (01) Piquete I Piquete I III -
(02) Depressão Zumb + Ponto AD - EV.
(03) Limpeza e sutura

[Handwritten signature]

PLINIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO - CRM: 15916

[Handwritten signature]
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO ORACIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTÔNIA HORÁCIO

Nº CONTRATO / DATA EMISSÃO: 2603076197620 SEP CE

Nº de Matrícula: 004.362.723-04 DATA REGISTRO: 18/03/1982

ENDEREÇO: FRANCISCO ESPÁCIO
 OBRAS LINDA ANA HORÁCIO

SEXO: F
 RAÇA: BRANCA

Nº de Registro: 0591256874
 DATA DE NASCIMENTO: 24/07/2023
 DATA DE EXPIRAÇÃO: 30/12/2023

Nome: *Antônia Horácio*
 ASSINATURA DO REGISTRADO

LOCAL: IQUIRÉ, CE
 DATA EMISSÃO: 02/09/2018

Nº de Registro: 30851119308
 Nº de Matrícula: CE164116002

CEARÁ

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1659552813

PROJETO PLASTICAR
 1659552813

RELATÓRIO DE LAUDO MÉDICO

NOME: ANTONIA HORACIO

IDENTIFICAÇÃO: 2001029187620 SSP/CE – CPF: 004.762-723-94

Periciada, 38 anos, vítima de acidente com veículo automotor no dia 16/02/2020 conforme documentação comprobatória em anexo (boletim de ocorrência policial e ficha de primeiro atendimento médico hospitalar).

Apresentava, em decorrência do trauma, contusão no pé esquerdo.

Vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização com tala gessada e não realizou fisioterapia motora. Alta definitiva: maio/2020.

No momento do exame vítima apresenta edema residual no pé esquerdo, dor ao deambular e piora ao realizar manobra de agachamento.

Do exposto, concluímos que há agravamento de sequela e déficit funcional (sequela permanente e irreversível) residual (10%) no pé esquerdo.

CID10.: S90.3

Atenciosamente.


Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
MÉDICO
CREMEC 18.121

Iguatu-CE, 5 de agosto de 2020.

Alan Felipe Oliveira de Alencar

CREMEC: 18121

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226415/20

Vítima: ANTONIA HORACIO

CPF: 004.762.723-94

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA HORACIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA HORACIO : 004.762.723-94

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: 13/08/2020
Nome: ANTONIA HORACIO
CPF: 004.762.723-94

ANTONIA HORACIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO