

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321013788703

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009

CONTA: 000000054429

Número da Autenticação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210137887

Cidade: Rio Tinto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA
FILHO

Data do acidente: 01/11/2020

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Apresenta claudicação da marcha, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/05/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 27/05/2021 - João Pessoa/PB

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112288/21

Vítima: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

CPF: 112.844.014-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2020

Titular do CPF: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO : 112.844.014-80

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: 04/05/2021
Nome: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO
CPF: 112.844.014-80

FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 05548.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05548.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 16 de abril de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Francisco Ivanildo Barbosa Filho**, CPF nº 112.844.014-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Maria Aldenira Barbosa da Costa e Francisco Ivanildo Barbosa, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 29/04/1999 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Adelaide Fidelis Bezerra, Nº 21, bairro Centro, tendo como ponto de referência Nao Sabe Infromar, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 041, Pb 041, Rio Tinto/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 01/11/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/11/2020, POR VOLTA DAS 15H20MIN, HORAS, VINHA PILOTANDO NA PB 041, RIO TINTO, A MOTO DE MARCA-HONDA/CG 160 START, DE COR-PRETA, ANO-2016/2017, DE PLACA-OFD4271/PB, CHASSI-9C2KC2500HR024445, DE PROPRIEDADE DA VÍTIMA, QUANDO EM DADO MOMENTO, FOI LIVRAR UMA CARRAGA DE AREIA QUE ESTAVA NA PB 041, POIS O ASFALTO ESTAVA EM MANUNTENÇÃO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VÍTIMA VEIO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, E LOGO APÓS, ENCAMINAHDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TASCISIO BURITY, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO, FOI SUMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/11/2020, ASSINADA PELO DRº DECARTE NASSER, CRM-PB 20173.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 16 de abril de 2021.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO
Noticiante

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: 3210137887

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ADELAIDE FIDELIS BEZERRA, 21, , Mamanguape/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 4091768

Data e local do acidente: 01/11/2020 - Rio Tinto/PB

Data e local do exame: 27/05/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do tornozelo direito.

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexa 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 claudicação da marcha, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo direito.

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.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



P-085



Francisco Sivaldo Barbosa

ASSINATURA DO TITULAR

F. Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.091.768

NOME

DATA DE EXPEDIÇÃO

07/09/2012

FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

FILIAÇÃO

FRANCISCO IVANILDO BARBOSA
MARTA ALDENIRA BARBOSA DA COSTA

NATURALIDADE

ITAPOROROCA - PB

DATA DE NASCIMENTO

29/04/1999

DOB ORIGEM

NASC. N. 14303 FLS. 8 LIV. A 22

CARTORIO ITAPOROROCA - PB

CPF

112.844.014-80

CPF Person - PU

ASSINATURA DO DIRETOR



LEI Nº 7 116 DE 29/08/83



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA
IDADE: 21 SEXO: O CLÍNICA: ORTOPEDIA ENFERMARIA/LEITO: 11/139
DATA DE ADMISSÃO: 09/11/2020 DATA DE ALTA: 10/11/2020 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 DIAS

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO CID: S82.6

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
O MESMO

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:
RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO

RESUMO CLÍNICO:
Paciente portador(a) de fratura de maleolo lateral de tornozelo DIREITO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
REPOUSO: Relativo em casa por: 15 DIAS
Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 DIAS.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.
Médico: Dr André Ribeiro

10/11/2020
Data
Assinatura do Médico
Decaete Nassif
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 20173

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

FELICIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
 AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
 56-394 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
 CNPJ:

Ficha Nr: 353992
 Atd: Nao Regularo
 Data: 01/11/2020
 Hora: 18:08:14
 Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO DE
 Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO
 Social: NAO INFORMADO CPF: 112.844.014-80
 Id: 204012492840005 Sexo: M IDENTIDADE: 4091768 Fone: 994097651
 Local: ITAPOROCA/PB Data Nasc.: 29/04/1999 Id: 21 ano(s)

Mãe: MARIA ALDENIRA BARBOSA DA COSTA Pai: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: ENTREGADOR SEM ESPECIFICAA, -AO
 Escolaridade: NAO INFORMADO

Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
 Procedencia: HOSPITAL TRAUMA-JP

Transporte utilizado: AMBULANCIA
 Motivo de acidente por: QUEDA DE MOTO CONDUTOR HJ-EM MAMANGUAPE(PB)
 Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

EXAME-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:
 RA: FR:
 TG: TP:
 Peso: Altura:
 Temperatura: IMC:
 Freq. Abd: Q24:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
 Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
 Observacao

Queixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) *Per. prante ao UOETSMC*
com traço de trauma em T12 e região + fratura
de vértebra lateral D.

Diagnóstico *fr. vértebra lateral* Conduta *1) UIC + amniocanto*
2) Sutura

Prescrição Horário de medicação *3) Analgésico*
4) Antibio p/ Ho urgio



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Receituário

Paciente: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Idade: 21

Data: 01/11/2020 17:20:43

Sexo Masculino

CPF: 11284401480

BAE: 1266875

AO CHMGTMB — ORTOTRAUMA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EM TNZ D. REALIZADO REDUÇÃO DE LUXAÇÃO EXPOSTA E CURATIVO. AVALIADO E LIBERADO POR CG E NCR

HD: FX LUXAÇÃO EXPOSTA DE TNZ D

CD: AINE + ATB + ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA


CRM-PB/8799 - 15/08/2015
Ortopedia Traumatologia
Dr. Thales Farias

Dr. THALES CARNEIRO FARIAS

8799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Erasmus Amândeo B. Filho Data da Admissão: 25/02/2020
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Bairro: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 QPD: _____ Data de Nascimento: 1/1

HDA: Sub. médico de cuidado de noticiários
maior do MCBT-HL, querendo
trabalhar a parte de TAZ (D) reorganizar
o de trabalho atual (D)

Temístocles de A. R. Filho
 ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
 CRM-PB 107170-1

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____
 Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal.Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposuo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____
[] Alcoolismo _____
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____
Dislipidemias _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Exame Físico:

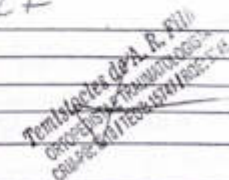
Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: 17x

Hipóteses Diagnósticas: 1º incluído lateral D

Conduta: Início fl Ho unguo epai cmc+
Observatório + setina



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210137887

Vítima: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Data do Acidente: 01/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: **FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002009-5**

Conta: **0000054429-9**

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 112.844.014-80 4 - Nome completo da vítima: Francisco Ivanildo Barbosa Filho

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

5 - Nome completo: Francisco Ivanildo Barbosa Filho 6 - CPF: 112.844.014-80
7 - Profissão: Motoboy 8 - Endereço: R. Adelar de Fideles Bezerra 9 - Número: 21 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Maranguape 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58280000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83-9982-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR 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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 02009 CONTA: 544299
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 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.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (vivos)? 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 restar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Não sabe escrever
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: João Pessoa, 29-04-2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Ivanildo Barbosa Filho
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210137887

Vítima: FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Data do Acidente: 01/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO IVANILDO BARBOSA FILHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

