

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312872 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312872 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312872

Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARAO FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003695/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/02/2019 08:54 Data/Hora Fim: 15/02/2019 09:06

Origem: Pessoa Física - Particular Data: 15/02/2019

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/11/2018 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dos Estados

Logradouro: Brigadeiro Eduardo Gomes

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARAO FERREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 31/05/1981

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Erotildes Diniz e Macedo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.143.652-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua moises teixeira hausen

Nº: 1015

Bairro: carana

Telefone: (95) 99177-7856 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.587.902-97	Placa NAP1730
Renavam 00839028539	Número do Motor E337E-074867
Número do Chassi 9C6KE043050044791	Ano/Modelo Fabricação 2005/2004
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E
Modelo YAMAHA/YBR 125E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/11/2004	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Arao Ferreira dos Santos	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003695/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando, em determinado momento, um gato cruzou a sua frente fazendo com que o sr. Arão perdesse o controle da motocicleta e caísse na via. Tal acidente causou lesões corporais no comunicante, tendo inclusive quebrado o ombro direito. Após o acidente o comunicante foi socorrido pela equipe do SAMU e encaminhado ao HGR. A PM não compareceu ao local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

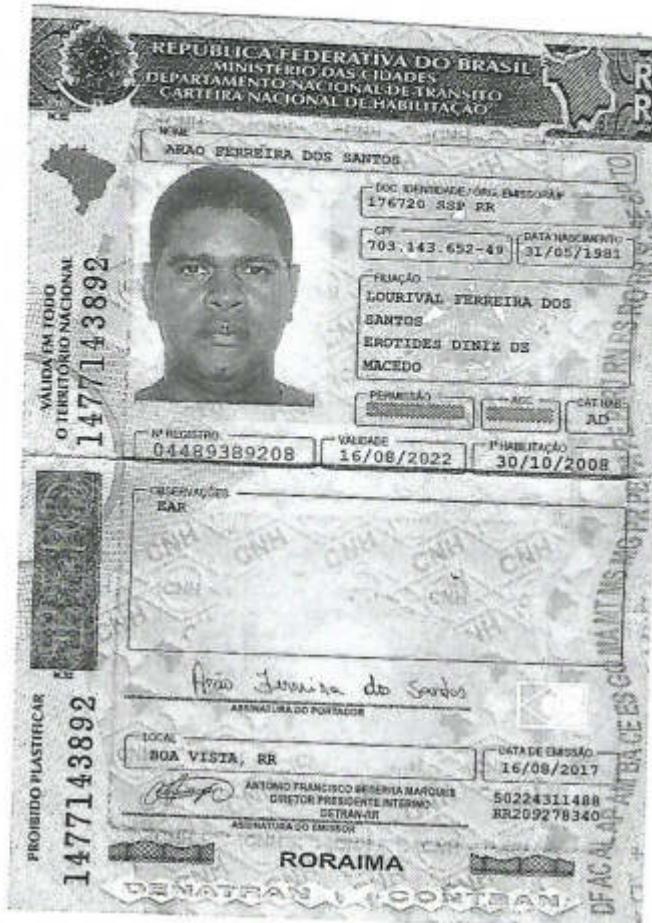
ASSINATURAS

DAT
<i>Jorge Fernando Paiva Figueiredo</i>
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento
AGENTE DE POLÍCIA
CONFIRADOR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 153, parágrafo único, inciso II, e 340, Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Arão Ferreira dos Santos
Arão Ferreira dos Santos
(Comunicante)

08 MAIO 2019



08 MAIO 2019

14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: ILDOR INACIO DE SOUZA

DOC. EMISSOR/ÓRG. EMISSOR/UF: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PALETA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT/AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALOR: 28/01/2020 N° HABILITAÇÃO: 15/12/1995

DESCRIÇÃO: 

DESENVOLVIMENTO: 

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR: 

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JOSÉ CELSO KORTSCHÉK PENNERA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO DIRETOR: 

DETTRAN RR/RORAIMA

08 MAIO 2019

8 Auto para - Dr. Max

Poente vítima de acidente de moto com RX de
União Paulista e faleceu em setembro RX
de primeira gravidade.

CD: Socio novo RX.

Após, internar a Sola de Ganso

Dr. Pedro Henrique
12/01/2019

08 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1801031063	05/11/2018 09:49:51	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	14	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ARAO FERREIRA DOS SANTOS		31/05/1981	37 A 5 M 5 D	898002787312278	70314365249	00012991		
Identidade	176720	Documento: SSP/RR	Órgão Emissor: Data Emissão: M	Sexo: Estado Civil: CASADO(A)	Raça/Cor: PARDA	Naturalidade: BOA VISTA - RR	Nacionalidade: BRASILEIRA	
Mãe				Paiz	LOURIVAL FERREIRA DO SANTOS	Contato: (95) 99113-1996	Ocupação: NÃO INFORMADA	
EROTILDES DINIZ MACEDO	Endereço: RUA - MOYES TEIXEIRA HAUSEN - 1015 - CARANA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento: URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor: GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTÂNEA			Procedimento Sol.	Registrado por: MARLY			
Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Vítima do ACIDENTE DE TRÂNSITO REPORTE POR EM MID GOLPE NA COLUNA CERVICAL. TM2102 A/SANAS C/ PMS-CIN MIGRA E LIGA CERVICAL Exame Físico: BEG, LCC, CONSO, EUPNEICO, H10NARAS n TCA ACENCIAS.								
Hipótese Diagnóstica POLI FRALVMS								
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
① DIPRIVAN 15 (EV) ② TILATIL 20 (EV).					Dr. Lael da Silva Atend. em 08/11/2018 08:57:50 / 2018			
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOEDIA					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :			
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :								
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: marly Data Hora: 05/11/2018 09:51:23					Dr. Lael da Silva Médico 08/11/2018			
08 MAIO 2019					1801031063			

8 Auto para - Dr. Max

Poente vítima de acidente de moto com RX de
União Paulista e faleceu em setembro RX
de primeira gravidade.

CD: Socio novo RX.

Após, internar a Sola de Ganso

Dr. Pedro Henrique
12/01/2019

08 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	703.143.652-49	Anaõ Ferreira dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	703.143.652-49
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua: Moyes Teixeira House	1015	
Bairro:	Cidade:	CEP:	69.313-582
Caramã	Bea Vista	Estado:	RR
E-mail:	Tel.(DDD): (95)99154-4282		
TIOSERRR@HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS					
RENDIMENTO MENSAL:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA:	CONTA:	<input type="checkbox"/>	AGÊNCIA:	CONTA:	<input type="checkbox"/>
(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.

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 à 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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.

Local e Data: Bea Vista - RR
 Nome: Anaõ Ferreira dos Santos
 CPF: 703.143.652-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Anaõ Ferreira dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.