
Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGNA MARIA RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Laudos do IML - Lesões corporais não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGNA MARIA RODRIGUES

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGNA MARIA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **EGNA MARIA RODRIGUES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002851-7**

Conta: **000010025481-0**

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGNA MARIA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **EGNA MARIA RODRIGUES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002851-7**

Conta: **000010025481-0**

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





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:

486.695.473-68

Nome completo da vítima:

Egna Maria Rodrigues

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

Nome completo:

Egna Maria Rodrigues

CPF:

486.695.473-68

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Rua Monsenhor Linhares

Número:

176

Complemento:

Bairro:

Campo dos Velhos

Cidade:

Sobral

Estado:

CE

CEP:

62030-160

E-mail:

egnarodrigues8836@gmail.com

Tel. (DDD):

(88) 999 22.9341

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 2851

7

CONTA: 25481

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vel nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data, Sobral, 30 maio de 2019

Nome: Egna Maria Rodrigues

CPF: 486.695.473-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Egna Maria Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

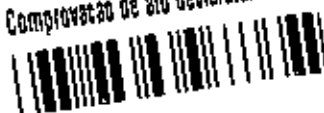
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO

Comprovação de ato declaratório



Declaro, para os devidos fins, que o paciente abaixo, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Seguem os dados da ocorrência:

Número da Ocorrência	014
Data da Ocorrência	02/02/2019
Nome do Paciente	Egna Maria Rodrigues
Data de Nascimento	08/08/1966
RG	97031039009 SSP CE
CPF	486.695.473-68
Natureza da Ocorrência	Colisão moto x carro
Endereço da Ocorrência	Rua Antônio Mendes Carneiro, Centro, Sobral - CE

Sobral, 08 de fevereiro de 2019.

1


Rita de Cássia Costa Pereira
Coordenadora de Enfermagem
Gerente
Cron: 93527

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGNA MARIA RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02851-7

CONTA: 000010025481-0

Nr. da Autenticação 553A6F72D534582B

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Egna Maria RodriguesRG nº 97031039009, data de expedição 16/6/97 Órgão SSP/CE

CPF nº 486695473-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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>Monseñor Linhares</u>
Número	<u>176</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Campos dos Velhos</u>
Cidade	<u>Sobral</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62030-160</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99922-9341</u>
E-mail	<u>egnarodrigues8836@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sobral, 24/06/2019Assinatura do Declarante: x Egna Maria Rodrigues

END DO CLIENTE

157.114

Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

101 criada pela Lei Nº 10.438
de 29 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Veloso, 150
CEP 60130-000 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 00.105.840-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 56.1185446

Roto 06 32000 05 017300 - 5 Data de Emissão 08/02/2019
Nome RAIMUNDO MONATO RODRIGUES
End. Postal VL SOARES 00176
**SEM BAIRRO 3200-000 - SOBRAL - 62030150
Medidor 1249890 Posto 0000 A93E
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 189969063-87 CGF
Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leteira	Veja a legenda no anexo desta conta.	
Fev/2019	08/02/2019	12/03/2019	Conjunta Mês	Dez/2018 ELSI 122,79

ICMS			Pedidos Individuais			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
204,79	7,00%	14,34	5,87	10,15	20,38	0,27	0,27	12,73
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	0,22	6,47	12,95	1,00	1,00
CSE4, DICA, DADI, EPPA, 7043, 0259, 0065, 01F2			FIC	2,85		0,00		
			DMIC					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fed.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
EP 21126	20738	1,00	308	0,00	308	0,73+011	204,79		
08/02/19	03/01/19		30 0146		308		204,79		

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS		204,79
MULTA MORATORIA REF 01/2019		5,77
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL		26,57

VENCIMENTO	15/02/2019	TOTAL PAGAR (R\$)	317,13
------------	------------	-------------------	--------

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		DECOMPOSIÇÃO DE CONSUMO	
Consumo	100,00	Consumo	100,00
Transmissão	11,14	Consumo	100,00
Distribuição	39,92	Consumo	100,00
Encargos Setoriais	15,95	Consumo	100,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	29,72	Consumo	100,00
TOTAL	204,79	Consumo	100,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ /kWh		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido (CO ₂)	Compensado (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCO ₂)
131,48	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

NOTIFICAMOS DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Devido a detalhamento de débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 72 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso de tenha efetuação o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 16,80 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,98% e COFINS:4,93%

Bandeira verde em fev-19, seu pagamento no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.anel.gov.br

CONTAS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
01/2019	323,45
Total	323,45

Nº do Cliente: 157114 Referência: Fev/2019
Data de Emissão: 08/02/2019 Total a Pagar (R\$): 317,13
Nº da Nota Fiscal: 561185446 Nº de Controle: 0000157114 00534 39862 29
83810000003-5 17130031000-0 0000157114-4 05343986243-5



SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

486695473 68

EGNA MARIA RODRIGUES

05-03-66

EGNA Maria Rodrigues

TERCEIRA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13

EGNA Maria Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Documento de Identificação



SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

30020/1559

04/10/94

ARF-SOBRAL-CE

EGNA Maria Rodrigues

TERCEIRA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

16/6/1997

EGNA MARIA RODRIGUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

RAIMUNDO NONATO RODRIGUES E MARIA DE JESUS RODRIGUES

SANTANA DO ACARAU-CE

CERT. NASC. 14567 L A29 F

141 SANTANA DO ACARAU-CE

cm. AB669547368 ID. ANT. 150427488

EGNA Maria Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867719321
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00163374201 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME EGNA MARIA RODRIGUES JALHERIA

 SOBRAL / CE

CPF / CNPJ 10652037000158 PLACA HQM4608/CE

PLACA ANT. / UF / CE 9C2JC42209R123036

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/RIZ 125 ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / CIL 2F/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC. COR. PREDOMINANTE CINZA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		1ª	2ª
	*****	*****	**/**/**	*****	*****
	*****	*****	*****	*****	*****
	*****	*****	*****	*****	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IQF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL SOBRAL DATA 27/10/2017

Igor Pontes
 Superintendente DETRAN/CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867719321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 COD. RENAVAM 00163374201 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/10/2017

MARCA / MODELO HONDA/RIZ 125 ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / CIL 2F/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC. COR. PREDOMINANTE CINZA

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IQF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 185,5

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/0001-04

MOTOR: JC42E29123036 00265

DUT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422195 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PÉLVICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO. (P6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE AMBOS OS QUADRS.

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 MODERADA DE AMBOS OS QUADRS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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



Laudos do IML - Lesões corporais



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral

LAUDO PERICIAL
2019.0026815

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)

Referência: -

Documento solicitante: Boletim de Ocorrência - 788/2019

Órgão solicitante: 1ª Vara Criminal da Comarca de Fortaleza

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0026815
Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 2/2

No dia 13 de Agosto de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Sobral-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Davis Nunes De Mesquita para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) 1ª Vara Criminal da Comarca de Fortaleza de acordo com o(a) Boletim de Ocorrência de número 788/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 38490

ENVOLVIDO(S):

EGNA MARIA RODRIGUES

PARECER:

HISTÓRICO: Periciado refere ter sofrido acidente de trânsito no dia 02/02/2019. Refere que sofreu fratura da bacia e que foi tratada cirurgicamente.

EXAME FÍSICO: Periciando apresenta cicatriz típica de intervenção cirúrgica na região hipogástrica, claudicação de marcha, limitação dos movimentos do quadril a esquerda e dor pélvica crônica.

DOCUMENTOS MÉDICOS EXIBIDOS: Porta cópia de atestado médico assinado pelo dr. João Paulo Linhares, CRM 9892, informando que a pericianda sofreu fratura do anel pélvico e evolui com sequelas crônicas.

DISCUSSÃO OU COMENTÁRIOS: periciando sofreu fratura do anel pélvico tratado cirurgicamente. No momento com sequelas descritas acima.

QUESITOS:

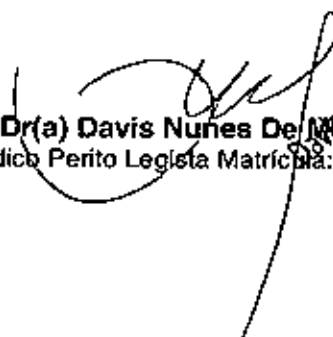
- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexa causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim.

Resposta ao 2º) O periciado tem invalidez permanente parcial incompleta de grau intenso para mobilidade de um quadril.

15 de Agosto de 2019


Dr(a) Davis Nunes De Mesquita
Médico Perito Legista Matrícula: 6002211-X

Davis Nunes De Mesquita
PERITO LEGISTA
Matrícula: 6002211-X

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233784/19

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do acidente: 02/02/2019

CPF: 486.695.473-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGNA MARIA RODRIGUES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



EGNA MARIA RODRIGUES : 486.695.473-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - 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.
- Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: EGNA MARIA RODRIGUES
CPF: 486.695.473-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

EGNA MARIA RODRIGUES

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233784/19

Número do Sinistro: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

CPF: 486.695.473-68

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Outros



Data do acidente: 02/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGNA MARIA RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: EGNA MARIA RODRIGUES
CPF: 486.695.473-68

EGNA MARIA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

3190422195

VÍTIMA Egna Maria RodriguesDATA DO ACIDENTE 02/02/2019 CPF DA VÍTIMA 486.695.473-68PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Egna Maria RodriguesQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PcENDEREÇO DO PORTADOR Rua Monsenhor LinharesNº 176 COMPLEMENTO BAIRRO Campo das VelhasCIDADE Sobral - CE UF CE CEP 62.030-160E-MAIL TELEFONE (88) 9 9922 9341

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/19IDENTIDADE 97031039009ASSINATURA Egna Maria Rodrigues

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME ASSINATURA

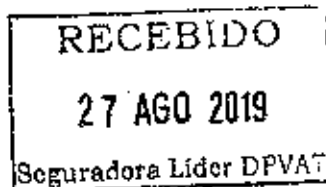
Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422195

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGNA MARIA RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Laudo do IML - Lesões corporais não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pág. 0070700706 - carta_00 - INVALIDEZ

00603354



Carta nº 14585994

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422195 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PÉLVICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO. (P6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS AMBOS

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 MODERADA

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233784/19

Vítima: EGNA MARIA RODRIGUES

CPF: 486.695.473-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: EGNA MARIA RODRIGUES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EGNA MARIA RODRIGUES : 486.695.473-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: EGNA MARIA RODRIGUES
CPF: 486.695.473-68

EGNA MARIA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA