

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200011388 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES DA CRUZ FILHO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO (GALEAZZI).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS (P4 E P10). ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**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 dos punhos | 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-0010347/20

**Vítima:** JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

**CPF:** 006.911.643-12

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 06/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE ALVES DA CRUZ FILHO : 006.911.643-12**

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](http://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: 08/01/2020  
Nome: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO  
CPF: 006.911.643-12

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1654689603

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

1654689603

PROIBIDO PLASTIFICAR

1654689603

JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

DOC IDENTIFICADORA EMISSORA  
2455149 SSP PI

CPE  
006.911.443-12

DATA NASCIMENTO  
09/07/1984

PERICIA  
JOSE ALVES DA CRUZ  
IRENE DA ROCHA ALVES

PERICIA  
000000000000000000

ALC  
000000000000000000

CAT 198  
2.0

IP ROSTRO  
03075689476

VALIDADE  
15/08/2023

EMISSAO  
03/10/2003

OBSERVAÇÕES  
BAR

TERRESTRE - FC

DATA DE VALIDADE  
24/09/2026

57177890489  
81320653430

PIAUI

# 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: 006.911.64312 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ ALVES DA CRUZ 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: JOSÉ ALVES DA CRUZ FILHO 6 - CPF: 006.911.64312  
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: Q 251 CASA 06 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ITAIPAVA 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64078 260.  
15 - Tel (DDD): 86 999283545

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

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

PF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

DA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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

DES 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: 3389 CONTA: 53522 4

(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.

## 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 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

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina 08/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000053502-4

---

Nr. da Autenticação F361F855972C436D

# ÁGUAS DE TERESINA

2a. Imp. TC 4.38  
281 98918135836

CNPJ 27.157.474/0001-06 - LE 195968374  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12932221-0 FATURA Nº 152863454  
MÊS/ANO 9/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR JOSE ALVES DA CRUZ  
CON DIRCEU ARCOVERDE  
I, Q-251-C-006-ITARE-TERESINA-PI-cep: 64078260

LOCALIZAÇÃO 008-00037-000960 GRUPO 008 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A07N381195

| HISTÓRICO DE CONSUMO |        |     |         | ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA |  |
|----------------------|--------|-----|---------|--------------------------------------|--|
| MÊS/ANO              | Tipo   | USO | ATURADO | 1 Residencial - Normal               |  |
| 08/2019              | Medida | 18  | 20      |                                      |  |
| 07/2019              | Lido   | 18  | 18      |                                      |  |
| 06/2019              | Lido   | 21  | 21      |                                      |  |
| 05/2019              | Lido   | 31  | 18      |                                      |  |
| 04/2019              | Medida | 30  | 21      |                                      |  |
| 03/2019              | Medida | 00  | 21      |                                      |  |

| DATA                | LEITURA | CONSUMO MÊS M3 | LIB 18740012                  |
|---------------------|---------|----------------|-------------------------------|
| ANTERIOR 02/08/2019 | 2050    | 19             | PIS. PASEP = 25x1,65x1 = 1,79 |
| ATUAL 10/09/2019    | 2089    |                | COPRES 04,25x7,60x1 = 6,48    |

| TABELA DE TARIFAS |                               | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA |       |
|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------|
| RESIDENCIAL       | FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (M3) | DESCRIÇÃO                        | VALOR |
| 0                 | 0 - 5                         | VALOR REFERENTE ÁGUA - 82,07     |       |
| 1                 | 5 - 10                        | > Residencial - Normal           | 82,07 |
| 2                 | 10 - 15                       | DIÚROS POR ATRASO                | 0,39  |
| 3                 | 15 - 20                       | MULTA POR ATRASO                 | 1,79  |

| NÃO RESIDENCIAL | FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (M3) | VALOR |
|-----------------|-------------------------------|-------|
| 0               | 0 - 5                         | 0,00  |
| 1               | 5 - 10                        | 0,00  |
| 2               | 10 - 15                       | 0,00  |
| 3               | 15 - 20                       | 0,00  |
| 4               | 20 - 25                       | 0,00  |
| 5               | 25 - 30                       | 0,00  |
| 6               | 30 - 35                       | 0,00  |
| 7               | 35 - 40                       | 0,00  |
| 8               | 40 - 45                       | 0,00  |
| 9               | 45 - 50                       | 0,00  |
| 10              | 50 - 55                       | 0,00  |
| 11              | 55 - 60                       | 0,00  |
| 12              | 60 - 65                       | 0,00  |
| 13              | 65 - 70                       | 0,00  |
| 14              | 70 - 75                       | 0,00  |
| 15              | 75 - 80                       | 0,00  |
| 16              | 80 - 85                       | 0,00  |
| 17              | 85 - 90                       | 0,00  |
| 18              | 90 - 95                       | 0,00  |
| 19              | 95 - 100                      | 0,00  |
| 20              | 100 - 105                     | 0,00  |
| 21              | 105 - 110                     | 0,00  |
| 22              | 110 - 115                     | 0,00  |
| 23              | 115 - 120                     | 0,00  |
| 24              | 120 - 125                     | 0,00  |
| 25              | 125 - 130                     | 0,00  |
| 26              | 130 - 135                     | 0,00  |
| 27              | 135 - 140                     | 0,00  |
| 28              | 140 - 145                     | 0,00  |
| 29              | 145 - 150                     | 0,00  |
| 30              | 150 - 155                     | 0,00  |
| 31              | 155 - 160                     | 0,00  |
| 32              | 160 - 165                     | 0,00  |
| 33              | 165 - 170                     | 0,00  |
| 34              | 170 - 175                     | 0,00  |
| 35              | 175 - 180                     | 0,00  |
| 36              | 180 - 185                     | 0,00  |
| 37              | 185 - 190                     | 0,00  |
| 38              | 190 - 195                     | 0,00  |
| 39              | 195 - 200                     | 0,00  |
| 40              | 200 - 205                     | 0,00  |
| 41              | 205 - 210                     | 0,00  |
| 42              | 210 - 215                     | 0,00  |
| 43              | 215 - 220                     | 0,00  |
| 44              | 220 - 225                     | 0,00  |
| 45              | 225 - 230                     | 0,00  |
| 46              | 230 - 235                     | 0,00  |
| 47              | 235 - 240                     | 0,00  |
| 48              | 240 - 245                     | 0,00  |
| 49              | 245 - 250                     | 0,00  |
| 50              | 250 - 255                     | 0,00  |
| 51              | 255 - 260                     | 0,00  |
| 52              | 260 - 265                     | 0,00  |
| 53              | 265 - 270                     | 0,00  |
| 54              | 270 - 275                     | 0,00  |
| 55              | 275 - 280                     | 0,00  |
| 56              | 280 - 285                     | 0,00  |
| 57              | 285 - 290                     | 0,00  |
| 58              | 290 - 295                     | 0,00  |
| 59              | 295 - 300                     | 0,00  |
| 60              | 300 - 305                     | 0,00  |
| 61              | 305 - 310                     | 0,00  |
| 62              | 310 - 315                     | 0,00  |
| 63              | 315 - 320                     | 0,00  |
| 64              | 320 - 325                     | 0,00  |
| 65              | 325 - 330                     | 0,00  |
| 66              | 330 - 335                     | 0,00  |
| 67              | 335 - 340                     | 0,00  |
| 68              | 340 - 345                     | 0,00  |
| 69              | 345 - 350                     | 0,00  |
| 70              | 350 - 355                     | 0,00  |
| 71              | 355 - 360                     | 0,00  |
| 72              | 360 - 365                     | 0,00  |
| 73              | 365 - 370                     | 0,00  |
| 74              | 370 - 375                     | 0,00  |
| 75              | 375 - 380                     | 0,00  |
| 76              | 380 - 385                     | 0,00  |
| 77              | 385 - 390                     | 0,00  |
| 78              | 390 - 395                     | 0,00  |
| 79              | 395 - 400                     | 0,00  |
| 80              | 400 - 405                     | 0,00  |
| 81              | 405 - 410                     | 0,00  |
| 82              | 410 - 415                     | 0,00  |
| 83              | 415 - 420                     | 0,00  |
| 84              | 420 - 425                     | 0,00  |
| 85              | 425 - 430                     | 0,00  |
| 86              | 430 - 435                     | 0,00  |
| 87              | 435 - 440                     | 0,00  |
| 88              | 440 - 445                     | 0,00  |
| 89              | 445 - 450                     | 0,00  |
| 90              | 450 - 455                     | 0,00  |
| 91              | 455 - 460                     | 0,00  |
| 92              | 460 - 465                     | 0,00  |
| 93              | 465 - 470                     | 0,00  |
| 94              | 470 - 475                     | 0,00  |
| 95              | 475 - 480                     | 0,00  |
| 96              | 480 - 485                     | 0,00  |
| 97              | 485 - 490                     | 0,00  |
| 98              | 490 - 495                     | 0,00  |
| 99              | 495 - 500                     | 0,00  |

| VENCIMENTO | 23/09/2019 | TOTAL PAGAR | 84,25 |

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.  
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,  
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

## NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 8º, §3º, inciso II.

## CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 2878                | 2877                     | 1                           | 1,39        | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE      | 3197                | 3178                     | 19                          | 4,51        | Inferior a 15   |
| PH                | 2852                | 2815                     | 39                          | 6,84        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 3204                | 3180                     | 24                          | 1,39        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

## CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS     | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESCOLHIDA COLI | 1145                | 1144                     | 1                           | Ausente     | Ausente         |
|                | 1145                | 1145                     | 0                           | Ausente     | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 10/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:58

---

**Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200011388**

**Vítima: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO**

**Data do Acidente: 06/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ALVES DA CRUZ FILHO**

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011388

Vítima: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ALVES DA CRUZ 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 dos punhos

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: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000053502-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 006.911.64312 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ ALVES DA CRUZ FILHO

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

5 - Nome completo: JOSÉ ALVES DA CRUZ FILHO 6 - CPF: 006.911.64312  
7 - Profissão: Recusa 8 - Endereço: Q 251 CASA 06 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ITABOCA 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64078 260  
15 - Tel. (DDD): 86 999283545

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

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

PF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

DA 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

OS 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: 3389 CONTA: 53522 4

(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.

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 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

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vairaces)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA 08/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



5067 2251 0596 1470

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

3389 013 00053502-4

e!c



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004079/2019-24

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chalb Lima

Data/Hora: 23/10/2019 - 10:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV: PRINCIPAL DA TABOCA DO PAU FERRADO, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/10/2019 - 23:19

Bairro

TABOCA DO PAU FERRADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

RG: 2455149

Mãe: IRENE DA ROCHA ALVES

Pai: JOSE ALVES DA CRUZ

Endereço: QUADRA 251 CASA-06, Nº

Bairro: ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9928-3545 86-9546-6558

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009 E 2010, PLACA-NIC-5431-PI, DE PROPRIEDADE DE; JESSE DA ROCHA ALVES. CPF.060.301.513-12, RELATA A VITIMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.29892. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chalb Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

JOSE ALVES DA CRUZ FILHO  
JOSE ALVES DA CRUZ FILHO - Notificante  
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parafba  
Delegado Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 156.331-7