

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 04 E 05.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra,
brasileira, Solteira, do sexo _____, portador(a) do RG nº 002.428.383, inscrito(a) no CPF sob o número 080.311.039-38, residente e domiciliado(a) na Rua/Av. Rua Dr. Joaquim Inácio de Carvalho nº 42 Bairro: Várzea.

OUTORGADO: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número 054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro, Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

PODERES: O Outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Mossoró/RN, 11 de fevereiro de 2019.



Maria Aparecida de Oliveira Bezerra
OUTORGANTE



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO (Cartório Rivarnilson)	
RECONHEÇO por autenticidade(s) os(s) :	
Firma(s) () supia () infra () retro () a man-	
agem da Maria Aparecida de Oliveira Bezerra	
Número de Ofício indicada(s) pelo(a) Oficial de	
mou uso: deu fe. 11 FEV. 2019	
ASSU (RN),	
Em testemunha () de verdade.	
Antônio Maria da Costa Neto (Assessor)	
Escrevente Autorizada.	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074046/19

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

CPF: 080.311.234-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO : 054.149.804-54

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA : 080.311.234-38

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: 28/02/2019
Nome: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO
CPF: 054.149.804-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074046/19

Número do Sinistro: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

CPF: 080.311.234-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

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: 26/03/2019
Nome: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO
CPF: 054.149.804-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

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, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

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



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, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

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

Comprovação de ato declaratório incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, 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



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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

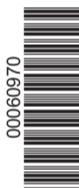
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

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: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000058484-6

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, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra

CPF: 080.311.034-38

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

Nome completo: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra

Profissão: Vidente

Endereço: Rua Doutor Desquim Iratiba de Carvalho Filho

Bairro: Vertente

Cidade: Açailândia

Estado: PA

CEP: 59.650-000

Número: 42

Complemento:

E-mail: elidermariabezerra@gmail.com

Tel. (DDD): (84) 988893774

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

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)

AGÊNCIA: 0756 CONTA: 00058484 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: _____ Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 209 do Código Penal.

Local e Data: Notas 27/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RODO

Maria Aparecida de Oliveira Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

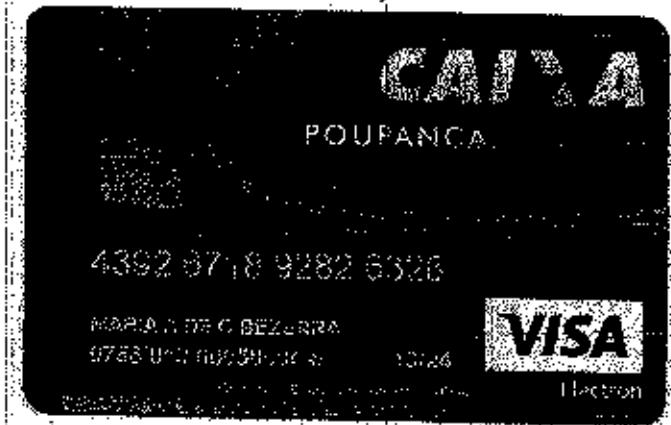
1º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura: PROTÓCULO
REC. 2019

2º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura: 16 FEB 2019

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MACAU
Rua Dr. Abelardo de Melo, s/n Valadão - Macau/RN, CEP 59500-000, TELEFAX 3521-6475.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 139 /2019

Natureza da Ocorrência:	ACIDENTE DE TRANSITO / SEGURO DPPVAT		
Local:	AV. ANGELO VARELA / ALTO DO RODRIGUES / RN		
Data do Fato:	31 / 12 / 2018	Horário:	17:00h
COMUNICANTE:	MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA		Fone: 84 9.9873.3636
Filiação:	ANTONIO BEZERRA GALVAO e MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA		
Naturalidade:	ASSU/RN		
Nascido:	12 / 03 / 1989	Idade:	29 Anos
Endereço:	RUA Dr. JOAQUIM INACIO DE CARVALHO FILHO 42 VERTENTES - ASSU / RN		
Estado Civil:	SOLTEIRA		
VITIMA:	A COMUNICANTE	Profissão:	ATENDENTE
Filiação:	Fone:		
Naturalidade:			
Nascido em:	Idade:	ANOS	Nacionalidade: BRAS.
Endereço:	RG:		
Estado Civil:	Profissão:		
ACUSADO:XZXZXZ	Fone:		
Filiação:			
Naturalidade:			
Nascido em:	Idade:	ANOS	Nacionalidade: BRAS.
Endereço:	RG:		
Estado Civil:	Profissão:	PROTÓCOLO PROCESSO TRAILER	
<u>HISTÓRICO</u>			
16 FEV. 2019			
COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A COMUNICANTE OCASIAO NA QUAL RELATOU QUE NA DATA ACIMA CITADA PILOTAVA A MOTO HONDA RODRIGUES , QUE COLIDIU FRONTALMENTE CONTRA OUTRO MOTOQUEIRO QUE HOSPITAL MATERNIDADE MARIA RODRIGUES DE MELO / MUNICIPIO ALTO DO RODRIGUES-RN ONDE DEU ENTRADA AS 17:32HORAS			
DADOS DO VEICULO: HONDA BIZ 125 KS - PLACA MYK 8962 RENAVAM 00951175700 - CHASSI 9C2JA0410BR025717 ANO/MOD 07/08 PROPRIETARIO KALIANE PEREIRA DE SOUSA.			
As informações são de inteira responsabilidade do comunicante.			
Registrado em:	08 /02/2019	Hora:	11:40h
Maria Aparecida de Oliveira Bezerra Assinatura do Comunicante		José Wilson Dantas da Silva Servidor e Matrícula Mat. 122.766-1	



José Wilson Dantas da Silva
Agente de Polícia Civil
Mat. 122.766-1

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: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 00000058484-6

Nr. da Autenticação 8027602815C2ACBE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

01/06/167102771

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO - COD. RENAVAM - DATA DE EXERCÍCIO

00551175701

2014

NOME -

RALF AND VERONICA DE SOUZA

PLACA - CHASSI

062-784-384-47 MT30962

PLACA ANTO C/PLA

062-784-384-47

MOTOCICLETA / MOTO

PASSAGEIRO / MOTOCICLA / NAO APENAS CAVALE

MARCA / MODELO

HONDA / CBX 125 / ES

CAP / POF / CL

CATEGORIA

000/124 CICLINDRADA

ESPECIFICO

COMBUSTIVEL

GASEOSA

ANO FAB.

2007

ANO MOD.

2009

COR PREDOMINANTE

CINZA

VENC. / COTAS

I R\$ 0,00 21/05/2014

P R\$ 0,00 21/05/2014

M R\$ 0,00 21/05/2014

A R\$ 0,00 21/05/2014

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

* * * TAXAS DE TRANSPORTES DE VALOR R\$ 0,00

DPVAT - FGCO

OBSEVAÇÕES

MOTOR: JAU431035717

DATA

21/05/2014

ABSTURNO

ESTRIBO: R\$ 0,00 - PNEU: R\$ 0,00 - FREIO: R\$ 0,00 -

CHAPA: R\$ 0,00 - REBOQUE: R\$ 0,00 - VOLEY: R\$ 0,00 -

PERGOLADA: R\$ 0,00 - TELHA: R\$ 0,00 -

OUTROS: R\$ 0,00 - TOTAL: R\$ 0,00

REGISTRA A INFORMAÇÃO DE DADOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE NO PONTO SUA CARCA, A PESO, A DISTÂNCIA TRANSPORTADAS OU NÃO, E SEGURO DPVAT.

PN Nº: 0106167102771 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS DOMÍNCIOS DETALHES DE COBERTURA
www.dpvat.com.br/transito.com.br

SAC DPVAT: 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO

2014 21/05/2014

PLACA

MT30962

RENAVAM

00551175701

MARCA / MODELO

HONDA / CBX 125 / ES

ANO FAB. - COR

2007 - SC27A051000075717

Nº CHASSI

SC27A051000075717

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

100,00 - 100,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IUF (R\$) - TOTAL SERVIÇOS DE SEGURO (R\$)

100,00 - 100,00 - 100,00

PAGAMENTO - DATA DEQUITACAO

COTA UNICA - PARCELA

COTA UNICA - PARCELA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.278.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE, À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO TOQUE NA MAXILA DIREITA, COM EDEMA E DEFORMIDADE NA HEMIFACE DIREITA, DIFICULDADE A MASTIGAÇÃO E PARESTESIAS NA REFERIDA REGIÃO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OLHO DIREITO E A MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE, À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO TOQUE NA MAXILA DIREITA, COM EDEMA E DEFORMIDADE NA HEMIFACE DIREITA, DIFICULDADE A MASTIGAÇÃO E PARESTESIAS NA REFERIDA REGIÃO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OLHO DIREITO E A MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 04 E 05.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00