

---

**Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190363466**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 04/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

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

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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, 12 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363466**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 04/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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

Documentação médico-hospitalar

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, 26 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190363466**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 04/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190363466**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 04/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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\$ 337,50 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **0000022663-1**

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190363466**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**LOCALIDADE RETIRO 01 - Passagem Franca do Piauí - PI - CEP 64395-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **399697**

Data e local do acidente: [ **04/03/2019** ] **Barro Duro- PI**

Data e local do exame: [ **29/08/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura na base do 2º metatarso direito.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º pododáctilo à direita.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta médica.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação funcional do 2º pododáctilo direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º **pododáctilo direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Bergiel Barbosa Bezerra  
MÉDICO  
CRM 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 049.108.648-22 Nome completo da vítima: Antonio Francisco do Nascimento

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

Nome completo: Antonio Francisco do Nascimento CPF: 049.108.648-22

Profissão: Lavador Endereço: Localidade Retiro 01 Número: 517 Complemento: Zona Rural

Bairro: Zona Rural Cidade: Paragominas Estado: Piauí CEP: 64.395-000

E-mail: Recusou-se Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

**RENTA 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 (Todas as bancas)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_ 05 JUN 2019

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 22663

(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 (assinale 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.

Peço 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 do 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai 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: Paragominas, Piauí, 27.05.2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina a RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª 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 SEL RDO, 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.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
05 JUN 2019  
DPVAT



**CAIXA**

POUPANÇA

5067 2250 1154 9856

5067

VALIDO ATÉ

10/24

ANTONIO F D NASCIMENTO  
1607 013 00022663-1

etc





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 080/2019**

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA  
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 03/04/2019-10:00

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 04/03/2019-10:00  
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA URBANA  
Endereço: BR 316  
Complemento:

**DADOS DO INFORMANTE**

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Documentos: RG:399.697 SSP-PI; CPF:049.108.648-22 Filiação: ESPEDITO FEITOSA DE ARAUJO E MARIA ROSA DE ARAUJO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Endereço: POVOADEO MUCAMBO  
Naturalidade: BARRO DURO-PI Complemento:  
Estado civil: união estável Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: TRABALHADOR RURAL Município: BARRO DURO-PI  
Nascimento: 2/02/1961 Telefone(s): 86-284-1120

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

- SEGURO DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

**Dados do Veículo:**

- Tipo: motocicleta - Placa: OED 0362  
- Marca/ Modelo: HONDA CG 150/FAN ESI - Chassi: 9C2KC1670DR472436  
- Ano/Modelo: 2013/2013 - Renavam: 00529941724  
- Cor: VERMELHA - Proprietário: RAIMUNDO NANATO PITOMBEIRA

**Narrativa:**

Relata que quando se deslocava na BR-316 para na sua motocicleta quando foi surpreendida por um carro veículo SAVERO que invadiu a pista; que ao tentar se desviar, se desequilibrou, caindo ao solo e ao tentar apoiar-se no chão, acabou quebrando a perna direita; que foi levada ao hospital desta cidade de Barro Duro-PI, onde recebeu o primeiro atendimento, conforme documentação anexa. É A NARRATIVA.

MARCO SUEL DA SILVA  
Resp. pelo Registro

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR  
Delegado de Polícia Civil

# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 049.108.648-22 Nome completo da vítima: Antonio Francisco do Nascimento

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

Nome completo: Antonio Francisco do Nascimento CPF: 049.108.648-22

Profissão: Lavador Endereço: Localidade Retiro 01 Número: 517 Complemento: Zona Rural

Bairro: Zona Rural Cidade: Paragominas Estado: Piauí CEP: 64.395-000

E-mail: Recusou-se Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

**RENTA 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 (Todas as bancas)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_ 05 JUN 2019

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 22663

(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.

Peço 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 do 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai 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: Paragominas, Piauí, 27.05.2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina a RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 SEL RDO, 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.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
05 JUN 2019  
DPVAT



## CONSULTA BÁSICA

DATA: 04/03/19

### DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antonio F. Nascimento  
 Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Ritiro Município: P. Bura  
 Identidade: \_\_\_\_\_ Nº CNS: 898 0004 7919 3969

### COLETA DE DADOS:

Alergias: ( ) ☒ \_\_\_\_\_  
 H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) \_\_\_\_\_  
 Cirurgias (S) (N) \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em Uso: \_\_\_\_\_

AVC (S) (N) \_\_\_\_\_  
**PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS**

05 JUN 2019

### EXAME FÍSICO:

PA: \_\_\_\_\_ TAX: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
 Queixa Principal: Paciente vítima de acidente moto  
 Hipótese Diagnóstica: ciclista com lesões  
 Prescrição: prescritor

**DPVAT**

Dicho paciente  
desempeza-se

IM 18/19  
18/19

### EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma ( ) Bioquímico ( ) Enz. Card. ( ) EAS ( ) RX ( ) USG ( ) TC ( ) ECG ( ) TGO ( ) TGP ( )  
 Parasitológico de Fezes ( )

Fco. Lúcio L. Nascimento  
 Médica  
 CRM 3047

Assinatura do Médico e Carimbo

Antonio F. Nascimento  
 Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

# 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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000022663-1

---

Nr. da Autenticação 7C0A13735D95FACF



M.S.A.  
da Liberdade Nogueira, 1914  
CENTRO - TERESINA - PI  
Nº 1: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445895  
Nº 1 da Matriz: 02.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 1

**R\$ 215,71**

**VENCIMENTO**

**25/04/2019**

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 3759190254

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.674237/3

CPF/CNPJ: 84539443351

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

### RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

|  |            |
|--|------------|
| Serviços TIM S.A.  | R\$ 199,24 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus          | R\$ 199,24 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM    | R\$ 2,25   |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS      | R\$ 1,46   |
| <input checked="" type="checkbox"/> COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS | R\$ 8,87   |

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

#### DEBENTELIDADES

| Quantidade que seu plano oferece    | FRANQUIA  | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO       | VALOR    |
|-------------------------------------|-----------|---------|------------|---------|---------------|----------|
| Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP) | -         | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | 199,24   |
| 10 GB de Internet                   | 10GB      | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |
| Minutos locais e DDD com 41         | Ilimitado | 109m54s | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |
| 10GB de Internet para Vídeo         | -         | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |
| TIM Music                           | -         | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |
| TIM Banca Virtual                   | -         | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |
| TIM Backup 30GB                     | -         | -       | 1          | 31      | 07/03 a 06/04 | Incluído |

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.apmeutim.com.br](http://www.apmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

|                                  |          |                 |            |        |          |
|----------------------------------|----------|-----------------|------------|--------|----------|
| APOSTO 144 S.A.                  | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR      | FLUET  | R\$ 1,01 |
| IMS                              | 30%      | R\$ 350,00      | R\$ 105,00 | FUNTEL | R\$ 0,30 |
| ISCOFINIS - Serviços Telecom     | 3,65%    |                 |            |        |          |
| ISCOFINIS - Serviços Não Telecom | 4,65%    |                 |            |        |          |
| ISCOFINIS - Serviços Não Telecom | 9,25%    |                 |            |        |          |

Incluído no valor de R\$ 12 741/2012  
e contribuições de FLUET (3%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Descontos no(s) Plano(s) |            |
| Franquia(s)              | R\$ 145,46 |
| SVA                      | R\$ 14,50  |
| Descontos(s) Franquia(s) | R\$ 0,00   |
| Descontos(s) SVA         | R\$ 0,00   |

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de 10% todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

| IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO | MÊS DE REFERÊNCIA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | VALOR      |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|------------|
| 00000009121536776014               | ABR/2019          | 07/04/2019      | 25/04/2019         | R\$ 215,71 |

8451000002-1 15710109011-4 00375919025-3 40121536776-4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Formulário eletrônico disponível no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou envie em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC** (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/816LIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGÊNCIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSCUEIRO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 83 na qualidade de Procurador (s) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 849.108.648 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez / Renda da vítima Antonio Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 849.108.648 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|   |                               |                                   |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua 7 de Setembro</u>          | Número: <u>244</u>            | Complemento: <u>André</u>         |
| Bairro: <u>Centro</u>                       | Cidade: <u>Elestão Veloso</u> | Estado: <u>Pi</u>                 |
| E-mail: <u>carladianaussau@gmail.com.br</u> | CEP: <u>64325000</u>          | Tel. (DDD): <u>(86) 999816008</u> |

Lugar e Data: Elestão Veloso - Piauí - Pi 27.05.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.saguradoralider.com.br](http://www.saguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 39 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF\*.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648 / 22,

da sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Antonio Francisco do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|  |                              |                                    |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>        | Número: <u>244</u>           | Complemento: <u>Centro</u>         |
| Bairro: <u>Centro</u>                        | Cidade: <u>Elebão Veloso</u> | Estado: <u>Piauí</u>               |
| E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u> | CEP: <u>64325-000</u>        | Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u> |

Local e Data: Elebão Veloso, Piauí, PI 08.06.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante

PI-CORRETORA  
DE SEGUROS  
11 JUN 2019  
DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

Central de Atendimento e sugestões, 24 horas por dia: 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Raimundo Nonato Pitombeira  
 nº 4.190.691, data de expedição 08/03/2019,  
 Orgão SSP. PI, portador do CPF nº 147.044.768-12,  
 com domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Pinca São João nº 432,  
 complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Antonio Francisco do Nascimento, cujo o condutor era  
Antonio Francisco do Nascimento,  
 Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan ES3 Ano: 2013/2013  
 Placa: OED-0362 Chassi: 9C2KC1670DR472436  
 Data do Acidente: 04/03/2019

Local e Data: Barro Duro Piauí - PI 03.04.2019

Raimundo Nonato Pitombeira  
 Assinatura do Declarante

Antonio Francisco do Nascimento  
 Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

Reconheço verdadeira 5 Firmas de  
Raimundo Nonato Pitombeira e  
Antonio Francisco do Nascimento  
 do que dou fé. Em testº Antônio da verdade  
 Barro Duro-PI, 08/04/2019  
Antônio  
 Tabelião



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO DURO  
 FRANCISCO PEREIRA NETO  
 Tabelião  
ANTÔNIO DA SILVA PESSOA  
 Escrevente  
 Barro Duro-PI

## CONSULTA BÁSICA

DATA: 04/03/19

### DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antonio F. Nascimento  
Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: Ritiro Município: P. Perna  
Identidade: \_\_\_\_\_ Nº CNS: 848 0004 7919 2969

### COLETA DE DADOS:

Alergias: ( ) ☒ \_\_\_\_\_  
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) \_\_\_\_\_  
Cirurgias (S) (N) \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

AVC (S) (N) \_\_\_\_\_  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

### EXAME FÍSICO:

PA: \_\_\_\_\_ TAX: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente moto  
Hipótese Diagnóstica: ciclista com fraturas  
Prescrição: prescrição

05 JUN 2019

DPVAT

### EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma ( ) Bioquímico ( ) Enz. Card. ( ) EAS ( ) RX ( ) USG ( ) TC ( ) ECG ( ) TGO ( ) TGP ( )  
Parasitológico de Fezes ( )

Fca. Lúcia L. Nascimento  
Médica  
CRM 2047

Assinatura do Médico e Cartão

Antonio F. Nascimento  
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

Nome: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
Convênio: **CLIENTE PREFERENCIAL**  
Solicitante: **Dr. Não Informado**  
Prontuário: **028540.11**

Idade: **58 anos**  
Sexo: **MASC**  
Data: **11/03/2019 10:00:00**  
[Ext]

## **RX DO PÉ DIREITO**

### **RELATÓRIO:**

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade radiográfica preservada.

Espaços articulares preservados, sem evidências de lesões ósseas subcondrais.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro'.

Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR  
CRM 2854

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Convênio: CLIENTE PREFERENCIAL  
Solicitante: Dr. Não Informado  
Prontuário: 028540.11

Idade: 58 anos  
Sexo: MASC  
Data: 11/03/2019 10:00:00  
[Ext]



## RX DO JOELHO DIREITO

### RELATÓRIO:

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur.

Osteófitos e irregularidades subcondrais na face posterior da patela e tróclea femoral.

Estreitamento do espaço articular femorotibial, com irregularidades subcondrais e osteófitos marginais nos côndilos femorais e platô tibial.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur, devendo corresponder a encondroma ou infarto ósseo.

Osteoartrite degenerativa patelofemorale femorotibial



Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR  
CRM 2854



58.7 %



60.3 %



D

58.3%

58.3%

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data Nasc.: 20/02/1961 Registro: 028540.11

CLINICA MENESES REGO - MEDCLINICA Data Exame: 11/03/2011 Tec: ELBERLENE

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO  
NACIONAL 399.697 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 09/06/16

NOME  
ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO  
MARIA RODRIGUES PITOMBEIRA  
MANOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE  
BARRO DURO-PI DATA DE NASCIMENTO  
20/02/1961

DOC. ORIGINAR  
CERT. CASAM. 1330 L 85 F 230  
CEXP BARRO DURO-PI 27/10/97  
049.108.648-22  
0875643

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - DECRETO Nº 88.350/03

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

**CARTERA DE IDENTIDADE**

**0875643**

*Antonio Francisco do Nascimento*  
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

05 JUN 2019

**DPVAT**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190363466 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura na base do 2ª metatarso direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º pododáctilo à direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta medica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/08/2019

**Conduta mantida:**

**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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 2,5%      | R\$ 337,50            |
| Total   |  |  | 2,5 %     | R\$ 337,50            |