
Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264817

Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAGNO SOUZA DE ARAUJO

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, contados 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, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264817

Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAGNO SOUZA DE ARAUJO

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000064693-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 692.472.342-04 3 - CPF da vítima: 692.472.342-04 4 - Nome completo da vítima: Magno Souza de Araujo

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

5 - Nome completo: Magno Souza de Araujo 6 - CPF: 692.472.342-04
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua. Boa Esperança 9 - Número: 279 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centenário 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: dsouza@hotmail.com 16 - Telefone: (96) 98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 0646 93 - AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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 (Lei nº 6.194/74) assim como:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, visto a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 - Graude Parinteco 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(s) (menor(es))? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 22/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859. Canarrinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168 7209

Ocorrência Nº: 6237/2020 - Registrado em: 08/07/2020 às 12h 29min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 07/10/2019 às 06h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CENTRO CIVICO

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAGNO SOUZA DE ARAUJO(38), nascido(a) em 14/09/1981, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de VIGILANTE, CPF Nº 692.472.342-04, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de MARIA DE SOUSA SILVA e MANOEL ARAUJO DE OLIVEIRA, endereço: BOA ESPERANÇA, cep: 69300-000, Nº: 279, bairro: CENTENARIO BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99111-2262.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ C100 BIZ ES. CHASSI 9C2HA07102R051510, DE PLACA NAL2247, DE PROPRIEDADE DE EDSON RODRIGUES MACHADO, ENDEREÇO ACIMA QUANDO AO FAZER A ROTATÓRIA QUE TEM UMA CURVA LOGO EM SEGUIDA PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO OCORRENDO ASSIM A QUEDA AO CHÃO, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU FRATURA NA MÃO ESQUERDA, O MESMO INFORMA QUE FOI PARA CASA APÓS O ACIDENTE E NO DIA 08/10/2019 DEU ENTRADA NO HGR ALEGANDO QUE ESTAVA COM MUITO DOR E COM DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR A MÃO ESQUERDA. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MAGNO SOUZA DE ARAUJO
MAGNO SOUZA DE ARAUJO
COMUNICANTE

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: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000064693-0

Nr. da Autenticação AD85D57F18141FC8



Matrícula: 722880

Julho/2018

Cliente:
MARCEL ARAUJO DE OLIVEIRA

Endereço do imóvel:
RUA BOA ESPERANÇA, 279 - CENTENARIO BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição 001.026.080.0240.000 Rota 15 Seq.Rota 3027 Economias 1

Hidrómetro NÃO MEDIDO Data de Instalação Sítio de Água CORTADO Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201805 10-0
201805 10-0
201804 10-0
201803 10-0
201802 10-0
201801 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída			Linha do Consumidor		
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição			5449 / 2005 G.M.		
DECRETO FEDERAL N.º					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COB	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	170	170	170	170	170
CONFORMES	149	170	170	170	170

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2018		6,19

VENCIMENTO: 15/08/2018

TOTAL A PAGAR

30,02

AVISO: EM 31/05/2018 CONSTA DEBITO SUJ. CORT IGNORE CASO PAGO



MATRICULA 722880 REFERENCIA 07/2018 VENCIMENTO 15/08/2018 TOTAL A PAGAR 30,02

82690000000- 9 300 20004001- 6 00072288001- 0 07201850003- 2



Via da CAER

IMPRESSO EM: 10/07/2018 14:54:18

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMBOSSADO): 114897 SSP RR

CPF: 303.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

RAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT. 01 AB

1ª REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2021 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO DETENTOR:

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

92485240616 RUA 207968020

750009.000000001081.917005200055



Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de e-mail: atendimento@lider.com.br

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 11

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOC/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=79636>

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESCISÃO; 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 LAVAGEM DE DINHEIRO, CONFORME LEI Nº 9.307/96.

Pelo exposto, eu Slair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Segurado (a)
Magno Souza de Magno inscrito (a) no CPF sob o nº 692.472.342-04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Magno Souza de Magno
inscrito (a) no CPF sob o nº 692.472.342-04, 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 o 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	Estado	Complemento
Rua: <u>Antônio Pinheiro Galvão</u>	<u>RR</u>	
Bairro: <u>Buritis</u>		CEP: <u>69309-209</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>		Tel.(DDD) <u>(95) 98404-5368</u>
<u>slairv@netmail.com</u>		

Local e Data:

Boa Vista - RR, 22/07/2020

X

Assinatura do Declarante

Trauma cerebral en el 

As Ex: Das er regiat da
base do MTC € (40)

R_p pent/polego

P_{20} = Fract. articular
der AMCF 7.

~~Paulo José Mendes C. Lopes~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~
~~Cirurgião do Joelho~~
~~CRM-RR 12.960 TEST 14272~~

Ch. Taba +

Internacpo

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 255.955 TEOT 14272



BLOCO A

Anexo I

Altp: 10110118



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

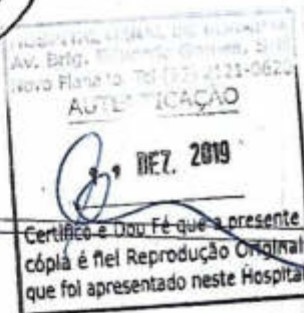
45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



0308010019
T068
5623
u499

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264817 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

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 RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264817 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

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 RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MAGNO SOLZA DE ARAUJO
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	visão
IDENTIDADE:	205940 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Boa Esperança 279 Pentecostes

OUTORGADO

NOME:	Lein Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	R: Antonio p Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 07/10/2019, cobertura Incendio, vítima: MAGNO SOLZA DE ARAUJO.

Boa Vista 21-10-19

LOCAL E DATA



MAGNO SOLZA DE ARAUJO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208228/20

Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

CPF: 692.472.342-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MAGNO SOUZA DE ARAUJO : 692.472.342-04

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 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: 27/07/2020
Nome: MAGNO SOUZA DE ARAUJO
CPF: 692.472.342-04

MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/07/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO