

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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 30 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219540 **Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: 02/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

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.

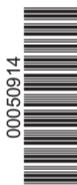
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219540 **Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: 02/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: LUCAS DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 341

Agência: 000003827

Conta: 0000049507-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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,

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: 612.414.533-22 4 - Nome completo da vítima: Lucas da Silve Gomes

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

5 - Nome completo:	Lucas da Silve Gomes		6 - CPF:	612.414.533-22
7 - Profissão:	Autônomo	8 - Endereço:	Rua Joao Pires Lopes	9 - Número: 00000
11 - Bairro:	Sistrito Camara	12 - Cidade:	Aquiraz	13 - Estado: Ceará
15 - E-mail:	14 - CEP: 16 - Tel.(DDD): (85) 9-8870-1298			

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (nairnacer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário com alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 206 - 5271 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: NAO DELITUOSA
Data / Hora da Comunicação: 28/10/2019 14:47:33
Data / Hora da Ocorrência: 02/10/2019 14:50:00
Endereço da Ocorrência AV CORONEL CICERO SA, CAMARA -
AQUIRAZ/CE
Ponto de Referência: FORRO NO SITIO

Noticiante(s)
Nome: MARIA BEATRIZ MARQUES GOMES

Nascimento: 30/09/1988 CPF

RG:

Orgão Emissor

Filiação: MARIA JOSÉ MARQUES GOMES
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA GOMES

UF

Endereço: RUA LUIS DE LIMA ALVES, 46

Bairro: CAMARA

Município: AQUIRAZ/CE

CEP: 71.600-000

País: BRASIL

Telefone: (85) 99985-2473

Histórico

DISSE QUE é funcionária da empresa TECLAV, na função de líder de produção; QUE seu sobrinho de nome LUCAS DA SILVA GOMES trabalha na aludida empresa na função de operador de produção. QUE no dia 02/10/2019, por volta das 14h50min, quando voltava para casa em uma motocicleta e depois do expediente, LUCAS DA SILVA GOMES acabou por sofrer acidente de trânsito. QUE o expediente começa às 05h00min e termina às 14h23min; QUE LUCAS por tentar desviar de um buraco na via, acabou entrando na contramão de direção e colidiu com um veículo. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RENATA DE SERPA MOURA DE MENEZES - MAT.: 198179-3-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]* maria Beatriz marques gomes

VISTO DO DELEGADO(A):

LIVIA TEIXEIRA DE ALENCAR DOMINGOS - MAT.: 300572-3-X

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: 612.414.533-22 4 - Nome completo da vítima: Lucas da Silve Gomes

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

5 - Nome completo:	Lucas da Silve Gomes		6 - CPF:	612.414.533-22
7 - Profissão:	Autônomo	8 - Endereço:	Rua Joao Pires Lopes	9 - Número: 00000
11 - Bairro:	Sistrito Camara	12 - Cidade:	Aquiraz	13 - Estado: Ceará
15 - E-mail:	14 - CEP: 16 - Tel.(DDD): (85) 9-8870-1298			

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (nairnacer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário com alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DA SILVA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000049507-2

Autenticação:

E7F976D45EC507CE4E6494A23C203E37E16BA57AB8164664991DAF8F7ECA2993



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70
CGF 06.105.848-3

Nº CLIENTE: 000003060899

MUNICÍPIO: AQUIRAZ DISTRITO CAMARA

NOME: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA

ENDEREÇO: RU JOAO PIRES CARDOSO 00000

CEP: 61700-000

CPF: 023.420.373-09

MÊS/ANO
09/2019

VENCIMENTO
31/01/2020

CONSC. kWh
0

VALOR EM R\$
10,08

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

10,08

COMPROVANTE ENEL



Nº CLIENTE: 000003060899

MUNICÍPIO: AQUIRAZ DISTRITO CAMARA

CEP: 61700-000

NOME: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA

ENDEREÇO: RU JOAO PIRES CARDOSO 00000

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

10,08



838500000000 8 10080031100 7 00873908729 6 00003060899 6

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02
 Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
 Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560
 Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ
 CEP 60000-000 Bairro: CAMARA
 Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador MA. LUCIENE N. COUTINHO COREN:41020 Horário 02/10/2019 16:10
 Queixa: pac. vítima de colisão moto x carro com trauma na cabeça., dor em quadril esq. fratura exposta de pé esq. há 01 hora
 Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Autoagressão: Não
 Sato02: 98 Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: 8 Pulso/FC: 102 PA: 110/70 FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WALLAM LIMA ARAGAO CRM: 9882 Nº: 558417 Horário 02/10/2019 16:25
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS
 Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
 PAC. VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM TRAUMA NA CABEÇA., DOR EM QUADRIL ESQ. FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ. HÁ 01 HORA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 02/10/2019 20:58

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/10/2019 16:10	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	MA. LUCIENE N. COUTINHO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

serviço de protocolo - nr.
 MATRÍCULA
 PELO SISTEMA E-SUS
 13/10/2020 EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
13/10/2020	lucasfrota	

lucasfrota
 SERVIDOR/

1

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 **Admissão:** 02/10/2019 16:02
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
Pront.: 5638349 **Data Nasc.:** 06/10/1994 **Idade:** 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) **Tel.:** 88 987303560
Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** 5041511 **Município:** AQUIRAZ
CEP: 60000-000 **Bairro:** CAMARA
Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

Evolução

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
02/10/2019 19:45	CAIO DA SILVEIRA JALES	T.O PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ÀS 14H DO DIA DE HOJE, ADMITIDO NESTE SERVIÇO COM FRATURA EXPOSTA GRAVE (GIII) DO MÉDIO PÉ ESQUERDO, COM PROVÁVEL LESÃO VASCULAR ASSOCIADA, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE URGÊNCIA. CD: 1) SOLICITADO AVALIAÇÃO CONJUNTA PELA EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR 2) REALIZO AVISO CIRÚRGICO + ANTIBIÓTICOTERAPIA IMEDIATA

Prescrição

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES

CRM 19325

02/10/19 19:47

Horário:

Prescrição	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA + -- / INTRAVENOSA / 12/12 H FAZER 1º DOSE AGORA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02

Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560

Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA

Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ

CEP 60000-000 Bairro: CAMARA

Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

ENTRADA DE PROTOCOLO
BAR TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 13/03/2020
MATRÍCULA 510,22
SERVIDOR Lucas Gomes



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



NOME

LUCAS DA SILVA GOMES



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF

5041511

MTPS

CE

CPF

612.414.533-22

DATA NASCIMENTO

06/10/1994

PAI / MÃE

ADRIANO MARQUES GOMES

MARIA JUCELINA
MONTEIRO DA SILVA

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB

AB

VALIDADE

16/05/2018

1^ª HABILITAÇÃO

16/05/2017

Nº REGISTRO

01621041800

OBSERVAÇÕES

EAR;

Lucas da Silva Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

EUSEBIO, CE

DATA EMISSÃO

17/05/2017

Jair Vaz - 2/11
AGENCIAMENTO DE PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

11500248896
CE157241335

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1488534942

PROIBIDO PLASTIFICAR

1488534942

Scanned with
CamScanner

**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: 3200219540
Nome do(a) Examinado(a): Lucas da Silva Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Pires Cardoso, S/N
Camara Aquiraz CE CEP: 61700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006015194604
Data local do acidente: [02/10/2019]
Data local do exame: [14/07/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADA LIMPEZA E FIXAÇÃO DE FRATURAS. EVOLUIU COM NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.
Complicações: NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.**

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

% 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

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 à valoração do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

CPF: 612.414.533-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/10/2019

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS DA SILVA GOMES : 612.414.533-22

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: 19/06/2020
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
CPF: 612.414.533-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LUCAS DA SILVA GOMES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

BRASIL*Dados da Reclamação*

Protocolo:
2458639/2020

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
25/06/2020 14:53:36

Dados do reclamante

Segurado:
LUCAS DA SILVA GOMES

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
612.414.533-22

*Formas de contato*

E-mail:
denuncieakifortal@gmail.com

Telefone:
(85) 8870-1298

Endereço:
Rua Pereira Filgueiras 1300

Bairro:
Aldeota

CEP:
60.160-150

Cidade:
FORTALEZA

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Onde foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3200219540, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está me fazendo cobranças abusivas do boletim de ocorrência solicitando um novo B.O ou aditamento do que já foi enviado, sendo que já enviei um B.O informando a dinâmica do acidente, com os demais dados devidos, e também assinado por uma autoridade competente. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de asssegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial. Não estou de acordo com a cobrança indevida.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.		25/06/2020 14:53:36

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, [Clique aqui](#)

Barra GovBr



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

Número do Sinistro: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 612.414.533-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 26/06/2020
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
CPF: 612.414.533-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

BRASIL*Dados da Reclamação*

Protocolo:
2458639/2020

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
25/06/2020 14:53:36

Dados do reclamante

Segurado:
LUCAS DA SILVA GOMES

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
612.414.533-22

*Formas de contato*

E-mail:
denuncieakifortal@gmail.com

Telefone:
(85) 8870-1298

Endereço:
Rua Pereira Filgueiras 1300

Bairro:
Aldeota

CEP:
60.160-150

Cidade:
FORTALEZA

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Onde foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3200219540, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está me fazendo cobranças abusivas do boletim de ocorrência solicitando um novo B.O ou aditamento do que já foi enviado, sendo que já enviei um B.O informando a dinâmica do acidente, com os demais dados devidos, e também assinado por uma autoridade competente. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de asssegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial. Não estou de acordo com a cobrança indevida.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.		25/06/2020 14:53:36

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, [Clique aqui](#)

Barra GovBr



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

Número do Sinistro: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 612.414.533-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 26/06/2020
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
CPF: 612.414.533-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

A Segundona Lider

SINISTRO: 3200259540

CPF: 612.414.533-22

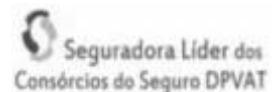
Venho por meio desta pedir a compreensão dos
senhores analistas para que deem seguimento ao
meu processo cujo ministro citado acima, está pendente
do boletim de ocorrência. Sendo que enviei um que descreve o oco-
no acidente. Junto a esta carta irei encaminhar a cópia
do dft (documento da moto), para que vocês possam
fazer a análise e logo após a marcação da minha
perícia, visto que estou impossibilitado de exercer
qualquer atividade física devido as sequelas permanentes
que tenho deste acidente.

Não estou de acordo com essa cobrança abusiva

Fortaleza 07/07/2020

x Lucas da Silva Gomes

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

Número do Sinistro: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 612.414.533-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

DUT

Outros

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: 08/07/2020
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
CPF: 612.414.533-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219540 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 02/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REALIZADA LIMPEZA E FIXAÇÃO DE FRATURAS.
EVOLUIU COM NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT ANATÔMICO COMPLETO EM PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PÉ ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

Número do Sinistro: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do acidente: 02/10/2019

CPF: 612.414.533-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 26/06/2020
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
CPF: 612.414.533-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE