

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(m) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000984727477-6

Nr. da Autenticação B8260E0B44FCD647

Cadastado.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMER. GÊNECIA

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Data Nasc.: 01/04/1996 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: 9107140 CNS: Nº: 25
Endereço: RUA BONITO Estado: PE
Bairro: DEMOSTENES VERAS Cidade: CARUARU
CEP: 55024000 Fone: 37199400 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 13/01/2019 01:08 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Transtorno no pé (D) após acidente motociclístico há 15 dias.
Referir 4º de dor no pé. Pé de Demostenes / Bonito

Exame Físico:

PA: FC: FR:

FGB, Depressão, Coração, Pulso
Rx Neuromuscular, 1ª Attenção

Diag. Provisório:

Fratura lateral fechada da base do 2º, 3º e 4º metatarsos (D)
Rx - tórax, Bacia, pelvis, fêmur (D) 1ª Attenção
Rx - pé (D): Fratura de Base do 2º, 3º e 4º metatarsos
+ fraturas do 4º metatarsos

Prescrição:

Dieta: G.N.S.

Data

Horário

- ① Intervimento
- ② 1º Bloco Cirúrgico
- ③ Sfarx, 1000ml oxigênio

Dr. Ramon Rodrigues da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.308

1 de 1
Dr. Ramon Rodrigues da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.308

Em tempo: portar tratamento cirúrgico, pois
não tem fixação e 25 de mais (1.5 e 2.0 nos
seus serviços). Informar ao plantão de emergência
para redução de fraturas após agitação das mãos.

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Fl. sumário da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 13/01/2019 01:03

Nome Paciente: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/04/1996
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: U0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/01/2019 01:03 - 13/01/2019 01:04

POLIANA FERNANDA DE MEIRELES - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO FRATURA EM MÃO (ORTOPEDIA)

Fotograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: POLIANA FERNANDA DE MEIRELES - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/01/2019 01:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido

(X) Transferência: HIP () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

13/01/2019 01:09:09
2 de 2

Usuário do Atendimento
ELAINECB



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Isop Francisco Rodrigues
da Silva

REG.: 123578

DATA DE NASCIMENTO: ^{ALFA} 3/1/19

DATA DA CIRURGIA: 1/1/19

DIAGNÓSTICO: fra fratura de costela esquerda
1/3 semanas

TRATAMENTO: colocação de
ferramenta

DATA DO RETORNO: 2/2/19 - às 11:00h

MOTIVO DO RETORNO: Retorno para o tratamento

Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Formulário de preenchimento pelo médico que atribuiu o próprio punho

DATA DO ACIDENTE:

33/3/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

33/3/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

1º Sr. Francisco Rodrigues da Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de osso do Pi @

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento cirúrgico de fratura de osso do Pi @ Ato: 3.6/3/19

ALTA MÉDICA:

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DÉFICIT OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRIVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO Atingido

- 1º Membro superior membro com lesão
- 2º + + + + 14% com lesão articular
- 3º Lesão de articulação inferior e externa, phos de
- 4º Extensão e flexão do membro
- 5º 75% Grave

ASSINATURA DO MÉDICO QUE AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12 (doze) meses após o acidente

Assinatura

12/3/19

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

EC-5



Impressão Digital



JOSE FIONILMO RODRIGUES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

9.107.140

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/05/2019

NOME

<< IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< AGRIPINO FRANCISCO DA SILVA FILHO >>

<< MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

01/04/1996

DOC ORIGEM

<< 074237 01 55 2017 2 00031 033

0002455 23 QUIPAPÁ-PE >>

CPF

702.233.284-30

Paulo de Carvalho

ASSINATURA DO DELEGADO DE CARUARU

LEI Nº 7.114 DE 2015

Informações sobre o veículo

Placa: KJD-7562

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 KS

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AMARELA

Chassi: 9C2JA04108R029212

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2008

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 **RESTRIÇÕES**

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

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: **3200000650**

Nome do(a) Examinado(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Virgílio de Melo Franco, 199 - Caruaru - PE - CEP 55008-510

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9107140**

Data e local do acidente: [**13/01/2019**] **CARUARU PE**

Data e local do exame: [**20/01/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 5º METATARSOS DIREITOS. LUXAÇÃO DO 4º METATARSO DIREITO.

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

AO EXAME APRESENTA SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FACE LATERAL E DORSAL DO PÉ DIREITO COM EDEMA EM REGIÃO DORSAL E ENCURTAMENTO DO 5º RAIOS DIREITO EM 8 MM E ABAULAMENTO EM REGIÃO DORSAL. DOR A PALPAÇÃO DA REGIÃO PLANTAR DO 5º METATARSO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 20º E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 25º.

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.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. FOI OPTADO POR TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM, APÓS 28 DIAS DE ESPERA NÃO FOI MAIS POSSÍVEL INDICAR TAL PROCEDIMENTO OPTANDO-SE ENTÃO POR TRATAMENTO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 22 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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 pé 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):

Pé direito

% 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 a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PB 24411
TÉCN. 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000650 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 5º METATARSOS DIREITOS. LUXAÇÃO DO 4º METATARSO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FACE LATERAL E DORSAL DO PÉ DIREITO COM EDEMA EM REGIÃO DORSAL E ENCURTAMENTO DO 5º RAIOS DIREITO EM 8 MM E ABAULAMENTO EM REGIÃO DORSAL. DOR A PALPAÇÃO DA REGIÃO PLANTAR DO 5º METATARSO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 20º E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 25º.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. FOI OPTADO POR TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM, APÓS 28 DIAS DE ESPERA NÃO FOI MAIS POSSÍVEL INDICAR TAL PROCEDIMENTO OPTANDO-SE ENTÃO POR TRATAMENTO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 22 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000650 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @5 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000792/20

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 702.233.284-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: IGOR FRANCISCO
RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA : 702.233.284-30

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: 02/01/2020
Nome: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 702.233.284-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000650

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000650

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000650

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **000984727477-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 709.933.284-30 Igon Francisco Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Igon Francisco Rodrigues da Silva 6 - CPF: 709.933.284-30
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Virgílio de Melo Franco 199 9 - Número: 199 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Francisco 12 - Cidade: Parauapebas 13 - Estado: PA 14 - CEP: 05008-510
15 - E-mail: Motorista 16 - Tel (DDD): (61) 99304.6299

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 984797477 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parauapebas, 02.01.2020

Igon Francisco Rodrigues da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANÇA

5067 2252 4288 7620

5067

VALIDDATE

06/24

IGOR FRANCISCO R SILVA

0051 000984727477-6

BR



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001435

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **16:27**

Complementa o BO Número: **19E0154001428**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/1/2019** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, EM FRENTE A COMERCIAL BATISTA . -**

Bairro: **SAO FRANCISCO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES (OUTRO)

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA Pai: AGRIPINO FRANCISCO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 1/4/1996 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9107140/SDS/PE (RG). 70223328430 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR DE ESCRITÓRIO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 25, RUA BOMITO, 25, BAIRRO DEMOSTENIS VERAS, CARUARU-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO LOCAL CITADO, UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO TRANCOL A VÍTIMA FAZENDO COM QUE A MESMA VINHESSE PERDER O CONTROLE DA MOTO E COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (ALTA TENSÃO). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, APÓS ALGUNS DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS-PE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial.

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
(VÍTIMA)

Francisco Rodrigues da Silva

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Matr. 159.816-3



Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **KJD7562** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9CJA041008R029212**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO LOCAL CITADO, UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO TRANCOL A VÍTIMA FAZENDO COM QUE A MESMA VINHASSE PERDER O CONTROLE DA MOTO E COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(ALTA TENSÃO). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, APÓS ALGUNS DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERRAS-PE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
(VÍTIMA)*Igor Francisco Rodrigues da Silva*B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3****Severino Evaldo do Nascimento**
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3