

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250386

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000034980-5

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250386 **Cidade:** Coreau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 31/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 01 DA PASTA IML.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

DADOS CADASTRAIS

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

☒ CONTA POUPEIRAS (Corrente para os Bancos Aberto - Autuação em 10/04/01)

☐ CONTA CORRENTE (Poupa ou Banco)

Nome do Banco: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

☐ CONTA: _____

☐ AGÊNCIA: _____

INABILIDADE PERMANENTE

MORTE

NÃO ALABETIZADO

25 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruça)

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

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

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

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: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000034980-5

Nr. da Autenticação 8F71734DF9C1C790

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS		DADOS DO PACIENTE		Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS		DADOS DO PACIENTE	
Nome do Paciente ANTONIO NONILDO GOSIMO DO NASCIMENTO		Nome do Paciente ANTONIO NONILDO GOSIMO DO NASCIMENTO		Nome do Paciente ANTONIO NONILDO GOSIMO DO NASCIMENTO		Nome do Paciente ANTONIO NONILDO GOSIMO DO NASCIMENTO	
Data de Nascimento 13/07/08		Data de Nascimento 13/07/08		Data de Nascimento 13/07/08		Data de Nascimento 13/07/08	
CPF 831.716.923-68		CPF 831.716.923-68		CPF 831.716.923-68		CPF 831.716.923-68	
Local CRATEUS/CE		Local CRATEUS/CE		Local CRATEUS/CE		Local CRATEUS/CE	
Nome do Responsável FRANCISCO DO NASCIMENTO SOBRINHO		Nome do Responsável FRANCISCO DO NASCIMENTO SOBRINHO		Nome do Responsável FRANCISCO DO NASCIMENTO SOBRINHO		Nome do Responsável FRANCISCO DO NASCIMENTO SOBRINHO	
Endereço CAMPO SALGADO, SN		Endereço CAMPO SALGADO, SN		Endereço CAMPO SALGADO, SN		Endereço CAMPO SALGADO, SN	
Cidade ZONA RURAL		Cidade ZONA RURAL		Cidade ZONA RURAL		Cidade ZONA RURAL	
Estado CE		Estado CE		Estado CE		Estado CE	
Município CRATEUS		Município CRATEUS		Município CRATEUS		Município CRATEUS	
Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018	
Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31	
Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	
Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL	
Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	
Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018	
Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31	
Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	
Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL	
Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	
Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018		Data de Atendimento 31/10/2018	
Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31		Hora 04:31	
Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Nome do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	
Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		Função PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL	
Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO		Assinatura do Profissional JOAO VICTOR LEITAO MELO	

Classificação de Risco

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE

Classificação de Risco: **Verde**
 Baseada em sua classificação: **RAFAEL CAMELO SOARE**

Relatório

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE ACCIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SUS LESIONES SON:

RELATA DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA. NISE E MILE

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

COM MAIS QUEIXAS

SEM MAIS QUEIXAS

MOUVIMENTO ALFABETIZADOR: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, APRESENTA ESCORIAÇÕES NO CORPO RELATA DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, MIE E MIE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES
SEM MAIS QUEIXAS

ed: voltarem 01 amp im agora
ne calcule esquerda.

ANALYST DO TNAU SUGAR PROCESSING.

Dnl Jovko Victor Melo

CREMEC 15482
MÉDICO
CONVÊNIO GERAL

JOÃO VICTOR LEINÃO MELLO - CRM 15482

Antonio Ivanildo Assm.
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA MARIA MARTIN



AValiação Médica

Informações da vítima

Nome Completo: ANTONIO LUIZ DOS SANTOS DO NASCIMENTO
 CPF e/ou RG: 935.936.923-68

Informações do Acidente

Data do acidente: 31/10/2018

avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: ENVOLVIMENTO DE CLAVÍCULA ESQ. COM DOIS AOS INTENSOS ESPORÁDICOS, COM LIMITAÇÃO CAUSE DA N.D.M. DO OMBRO ESQ.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: OMBO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

03.07.2020. CRATBUS-00

Local e data da realização da avaliação médica

Antonio Luiz do Nascimento
 assinatura da vítima

Dr. Cláudio Freire de Sá

MÉDICO

CREMED 19150

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197354/20

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIM

CPF: 931.716.923-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/10/2018

Titular do CPF: ANTONIO IVONILDO
COSMO DO NASCIMENTO

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO : 931.716.923-68

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.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250386

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

