

---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200294040**

**Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294040

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

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 completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000007208-7

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200294040**

**Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	804316823-72	FRANCISCO GEAN RODRIGUES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
FRANCISCO GEAN RODRIGUES	804316823-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	SITIO NOVO DESTINO	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
MILHA VELHA	MILHA	CEARA
E-mail:	CEP:	
	63635-000	
	Tel. (DDD):	
	(88) 99719 4143	

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

**RENDAS MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1150 9 CONTA: 7.208 7

(Informar o dígito se existir) (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.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE I

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de direito 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Falecidos:

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.

Impressão digital ou rubrica do beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SOLONO POLE - CE, 26 de Dezembro de 2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Francisco Gean Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

	SIGLA	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	804316823-72	FRANCISCO GEAN RODRIGUES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
FRANCISCO GEAN RODRIGUES		804316823-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MOTORISTA	SITIO NOVO DESTINO	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
MILHA VELHA	MILHA	CEARA	63.635-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(88) 99719 4143		

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1150 9 CONTA: 7.208 7

(Informar o dígito se existir) (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.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE I

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de direito 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.

INVALIDEZ PERMANENTE  
Autorização de pagamento



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital ou rubrica do beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SOLONO POLE - CE, 26 de Dezembro de 2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Francisco Gean Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

17/12/2019 - BANCO DO BRASIL S.A. - 11.48,25  
0115070949

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1150-9                      CONTA: 7.208-7  
CLIENTE: FRANCISCO GEAR RODRIGUES





2ª Via



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 779 / 2019

Boletim de ocorrência

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/12/2019 14:58:17**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2019 17:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **BR 226 - AV. DEP. BARREIRA ALFREDO FILHO, CENTRO - SOLONOPOLE/CE**  
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSPITAL**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO GEAN RODRIGUES**  
Nascimento: **07/08/1979** CPF: **804.316.823-72**  
RG: **20078198970** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **RAIMUNDA MOURA RODRIGUES**  
**FRANCISCO GERIVAN RODRIGUES**  
Endereço: **SITIO NOVO DISTINO**  
Bairro: **ZONA RURAL DE MILHÃ**  
Município: **MILHA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99749-6506**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXI2626** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2PC42009R002526** Renavam: **149851804** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB600F HORNET** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ROGERIO COSTA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o Registrante que é funcionário público do Município de Solonópole trabalha como motorista do assistência social; Que no dia, local e horário indicados estava saindo do serviço quando deslocava-se em sua motocicleta HONDA CB 600 HORNET, COR PRETA, PLACA HXI2626, ANO 2019, quando foi surpreendido por um motociclista, conhecido como "SAUMITO" (residente atrás da Serraria São Francisco) que invadiu a preferencial, ocasião em que ambos foram arremessados ao solo; Que foi levado pela ambulância da SAMU até o hospital local e no mesmo dia foi encaminhado para o IJF de Fortaleza; Que sofreu uma fratura exposta na patela/joelho; Que o referido acidente foi presenciado pelo Sr Jairo Dinis Faustino (residente no Sítio Novo Destino, Milhã) e pelo Sr. Davi Almeida Paulino (residente na Rua Eufrasia, n 150, Milhã). Nada mais disse, dando-se por encerrado este BO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**DAYANE FRANCIELE MERELES DOS SANTOS - MAT.: 301245**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Francisco Gean Rodrigues*





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE  
Impresso nº 2019947576



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 779 / 2019**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

  
**ANNA RAVENNA DE MATOS FERREIRA - MAT.: 301255-0**



2ª Via



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 779 / 2019

Boletim de ocorrência

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/12/2019 14:58:17**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2019 17:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **BR 226 - AV. DEP. BARREIRA ALFREDO FILHO, CENTRO - SOLONOPOLE/CE**  
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSPITAL**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO GEAN RODRIGUES**  
Nascimento: **07/08/1979** CPF: **804.316.823-72**  
RG: **20078198970** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **RAIMUNDA MOURA RODRIGUES**  
**FRANCISCO GERIVAN RODRIGUES**  
Endereço: **SITIO NOVO DISTINO**  
Bairro: **ZONA RURAL DE MILHÃ**  
Município: **MILHA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99749-6506**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HX12626** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2PC42009R002526** Renavam: **149851804** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB600F HORNET** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ROGERIO COSTA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o Registrante que é funcionário público do Município de Solonópole trabalha como motorista do assistência social; Que no dia, local e horário indicados estava saindo do serviço quando deslocava-se em sua motocicleta HONDA CB 600 HORNET, COR PRETA, PLACA HX12626, ANO 2019, quando foi surpreendido por um motociclista, conhecido como "SAUMITO" (residente atrás da Serraria São Francisco) que invadiu a preferencial, ocasião em que ambos foram arremessados ao solo; Que foi levado pela ambulância da SAMU até o hospital local e no mesmo dia foi encaminhado para o IJF de Fortaleza; Que sofreu uma fratura exposta na patela/joelho; Que o referido acidente foi presenciado pelo Sr Jairo Dinis Faustino (residente no Sítio Novo Destino, Milhã) e pelo Sr. Davi Almeida Paulino (residente na Rua Eufrasia, n 150, Milhã). Nada mais disse, dando-se por encerrado este BO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**DAYANE FRANCIELE MERES DOS SANTOS - MAT.: 301245**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Francisco Gean Rodrigues*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE  
Impresso nº 2019947576



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 779 / 2019**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

  
**ANNA RAVENNA DE MATOS FERREIRA - MAT.: 301255-0**

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

# 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: 26/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000007208-7

---

Nr. da Autenticação A44A68D4693A282A

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, FRANCISCO GEAN RODRIGUES,RG nº 20078198970, data de expedição 1/1, Órgão SSPDS,

CPF nº 804316823-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO NOVO DESTINO
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	MILHA VELHA
Cidade	MILHÃ
Estado	CEARA
CEP	63.635-000
Telefone de Contato	(88) 99719 4143
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Solenopólis - CE, 26 de dezembro de 2019Assinatura do Declarante: Francisco Gean Rodrigues



8967986

criado pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

enei

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Veloso, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047257/0001-70 | CGF 09.105.845-3

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA

Rota  
Nome ML231R12 - 62500 Referência 025165501  
Endereço ANIA APARECIDA DINIZ FAUSTINO 10/2019  
ST NOVO DESTINO, 00000 - 00000, MILHA VELHA,  
Classificação 63635-000, MILHA  
Modalidade Tarifária Residencial Rural Emissão  
Ligação B2 RURAL Medidor 15/10/2019

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

Faturamento anterior: 02/10/2019  
Faturamento atual: 15/10/2019  
Consumo anterior: 168 kWh  
Consumo atual: 168 kWh

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ant. (kWh)	Consumo Tot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	2.245	2.085	168	03	168	0,40300	67,70

## DADOS DO FATURAMENTO

CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,40300	67,70
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	2,15
		3,30

Tributo	Base (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	68,94	0,03	0,02
COFINS	68,94	0,14	0,09

CONSUMO CONSCIENTE 27/11/2019  
EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh): Compensação em toneladas pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) | Compensada kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (tCO<sub>2</sub>) | 011.253.753-70PERÍODOS DE FATURAMENTO  
Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/09 - 30/09  
Amarela : 01/10 - 15/10  
DENTRO INTERVALOS  
MÊS/ANO VALOR (R\$)  
09/2015 71,35  
Total: R\$ 71,35Nº do Cliente: 8967986  
Data de Emissão: 15/10/2019  
Nº da Nota Fiscal: 025165501  
Referência: 10/2019  
Total a Pagar (R\$): 68,83  
Nº de Controle: 300278522507  
V: [1.0.0.5]

8381000000 0 68930031300 4 27852250707 6 00008967986 5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, FRANCISCO GEAN RODRIGUES,RG nº 20078198970, data de expedição 1/1, Órgão SSPDS,

CPF nº 804316823-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO NOVO DESTINO
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	MILHA VELHA
Cidade	MILHÃ
Estado	CEARA
CEP	63.635-000
Telefone de Contato	(88) 99719 4143
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Solenopólis - CE, 26 de dezembro de 2019

Assinatura do Declarante:

Francisco Gean Rodrigues

838106MIGR-0-69076

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Idade: 40 ano(s) 4 mes(es) e 4 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5647581

Endereço: DISTRITO DE MILIA

Bairro: ZONA RURAL

Num: S/N

CEP: 63620-000

UF: CEARÁ

Cidade: SOLONOPOLE

## Localização

Clínica: UNIDADE 12

Enfermaria: 122

Leito: 1222

Internação 06/12/2019

15:58

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

## Resumo Clínico

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO DIA 06/12 APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA. ABORDADO NA EMERGENCIA POR DR. MARCUS GADELHA COM COLOCAÇÃO DE FIOS. SEGUE SEM SINAIS DE FLOGOSE. #CD: ALTA HOSPITALAR COM ACOMPANHAMENTO P/ DR. VALTERNO COM 07 DIAS, NAO PISAR, FLEXÃO DE JOELHO CONFORME TOLERAR, TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZAÇÃO DE

## Exames Realizados

RX

## Terapêutica Utilizada

CIRURGIA

## Sequelas Apresentadas

## Diagnóstico

S820 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]

## DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

## Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

## Observações Complementares

\* Não Informado \*

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

## Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 11/12/2019

## CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050883	Urgência	06/12/2019 11:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES


Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que FRANCISCO GEAN RODRIGUES foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 90 (noventa) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 11 de Dezembro de 2019

CID: (contingência) 592.0

  
VICTOR AMON NUNES FERNANDES  
18564CRM

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Prontuário: 5647581

1)XARELTO(10MG) 01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2)NOVALGINA(1G) 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Data: 11/12/2019

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

18564CRM

## RECEI

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Prontuário: 5647581

1)XARELTO(10MG) 01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2)NOVALGINA(1G) 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Data: 11/12/2019

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Rua Barão do Rio Branco, 1816

Unidade mantida com recursos públicos.

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Idade: 40 ano(s) 4 mes(es) e 4 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5647581

Endereço: DISTRITO DE MILIA

Bairro: ZONA RURAL

Num: S/N

CEP: 63620-000

UF: CEARÁ

Cidade: SOLONOPOLE

## Localização

Clínica: UNIDADE 12

Enfermaria: 122

Leito: 1222

Internação 06/12/2019

15:58

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

## Resumo Clínico

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO DIA 06/12 APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA. ABORDADO NA EMERGENCIA POR DR. MARCUS GADELHA COM COLOCAÇÃO DE FIOS. SEGUE SEM SINAIS DE FLOGOSE. #CD: ALTA HOSPITALAR COM ACOMPANHAMENTO P/ DR. VALTERNO COM 07 DIAS, NAO PISAR, FLEXÃO DE JOELHO CONFORME TOLERAR, TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZAÇÃO DE

## Exames Realizados

RX

## Terapêutica Utilizada

CIRURGIA

## Sequelas Apresentadas

## Diagnóstico

S820 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]

## DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

## Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

## Observações Complementares

\* Não Informado \*

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

## Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 11/12/2019

## CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050883	Urgência	06/12/2019 11:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código




## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que FRANCISCO GEAN RODRIGUES foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 90 (noventa) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 11 de Dezembro de 2019

CID: (contingência) 592.0

  
VICTOR AMON NUNES FERNANDES  
18564CRM

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Prontuário: 5647581

1)XARELTO(10MG) 01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2)NOVALGINA(1G) 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Data: 11/12/2019

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

18564CRM

## RECEI

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Prontuário: 5647581

1)XARELTO(10MG) 01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2)NOVALGINA(1G) 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Data: 11/12/2019

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Rua Barão do Rio Branco, 1816

Unidade mantida com recursos públicos.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: \_\_\_\_\_

O Sr.(a) FRANCISCO LEAN RODRIGUES

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 23/07/20, às \_\_\_\_\_ h.

Tendo como causa do socorro \_\_\_\_\_

DREMANO DE FRATURA DO  
JOELHO (PATELA) DIREITO

ENCONTRA-SE DE

Observações: ALTA DEFINITIVA

Fortaleza, 23 de 07 de 20020

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

"Este é o Boletim (B) de Emergência"

Dr. Valério Pinheiro  
CRM/CE 6193  
Traumatologia

Dr. Valério Pinheiro  
CRM/CE 6193  
Traumatologia

OUTO DR. JOSÉ FROTA

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Prontuário: 5647581

1) XARELTO(10MG) \_\_\_\_\_ 01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2) NOVALGINA(1G) \_\_\_\_\_ 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR

Data: 11/12/2019

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

18564CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ESTADO, Assim De novo  
Definição De onde estão  
CID 10. + 93.2

29.08.2020

Prof. Dr. Valdo  
M. S. S. S. S.  
C. S. S. S. S.



**Dr. Luiz Valdo Pinheiro**

Médico Ortopedista e Traumatologista

CRM 17037

V. Francisco Gen Rodrigues

União Médico

Atento, com os devidos fins,  
que os pacientes, 41 anos. vítima  
de trauma há 8 meses com fratura  
da tíbia direita

No momento, paciente apresenta-  
se com fratura consolidada, sem fixação.  
Paciente após fisioterapia consegue  
realizar ADM de flexão extensão  
de joelho 0-90° com dor moderada  
de 30° em flexão do joelho  
COMUM. INTERAL

Capitulando o tempo de fisioterapia  
e a fratura já consolidada, Assina-se  
com segurança definitiva

8 Rua José Sifredo Pinheiro, 180 - Solonópolis - CE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CADERNO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO GEAR RODRIGUES

200781989701 182808

804-316-828-72 07/08/1979

FRANCISCO GERVAN RODRIGUES  
 RAEMUNDA MAURA RODRIGUES

03151560119 19/05/2021 10/01/2004

SEM RESERVAÇÃO  
 EXERCÍCIO ATIVO REMERECIDO

FRANCISCO GEAR RODRIGUES

03151560119 19/05/2021 10/01/2004

03151560119 19/05/2021 10/01/2004

03151560119 19/05/2021 10/01/2004

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014638354676  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - ENTR - EXERCÍCIO  
DAMI - 01 01498512004 - 01000000000 - 2019

FRANCISCO CARLOS COSTA

SOLONOPOLIS

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

02645184383

CE Nº 014638354676 BILHETE DE SEGURO

2019  
02645184383

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalidar.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

014638354676 44010511989

EXERCÍCIO DATA EM  
2019 15/08

VIA - COD RENAVAM - ENTR - EXERCÍCIO  
01 01498512004 - 01000000000 - 2019

02645184383 02645184383

RENAVAM MARCA/MODELO  
149851804 HONDA/CR500E HORN T

ANO FAB - DATA - Nº CHASSI  
2009 09 9C2PC42009R002526

PREMIO TARIFARIO  
FNS (R\$) - DPVAT (R\$) - CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) - Nº (R\$) - VOTAÇÃO DO SEGURO

PAGAMENTO - PARCELADO - DATA DE COTAÇÃO

SEGURO OBRIGATORIO DPVAT

LOTE/DOC - Nº - Nº - Nº

MOTOR - FC42E-9002526

DUT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200294040 **Cidade:** Solonópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA. P1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P7.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

**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 MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder  
Consórcios de Seguro D

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN  
RODRIGUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

Outros



FRANCISCO GEAN RODRIGUES : 804.316.823-72

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](http://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: 14/01/2020  
Nome: FRANCISCO GEAN RODRIGUES  
CPF: 804.316.823-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Nathalia Beatriz Braga Costa

**COBERTURA SOLICITADA**

- ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS** (DESpesas de ASSISTência MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ **MORTE**

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

Vítima: **FRANCISCO GILAN RODRIGUES**

Data do Acidente: **05/12/2009** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **804 316 823-72**

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596** / Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☒ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (material e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (original)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada  
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS**

**BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou Federal, ou prova de dependência através de reconhecimento a União Estável (cópia simples)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO NÃO FOR RECONHECIDO**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ou Decisão Judicial que reconheça a união estável  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a)

**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU TIA (A))**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário  
☐ Outros Documentos apresentados:

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome): **FRANCISCO**

Assinatura: **[Assinatura]**

Data: **26/12/09**

Assinatura: **[Assinatura]**

**RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome do portador): **FRANCISCO**

Assinatura: **[Assinatura]**

Data: **26/12/09**

Assinatura: **[Assinatura]**



Seguro

**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER -**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO  
RIO DE JANEIRO/RJ  
20011-904

TELEFONE / Phone

ENDEREÇO / Address

CEP      -    CIDADE  UF / State  PAÍS





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022-8189 24 horas por dia



dpvat\_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

REMETENTE / Sender				TELEFONE / Phone Number	
FRANCISCO GEAN RODRIGUES				(82) 993944	
ENDEREÇO / Address					
SÍTIO NOVO DESTINO					
CEP / Zip		CIDADE / City		UF / State	PAÍS / Country
63635-000		MILHA		CE	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG  
www.probag.com.br  
Tel.: (52) 2204-2900

**COBERTURA SOLICITADA**

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

Vítima: **FRANCISCO GILSON RODRIGUES**

Data do Acidente: **09/01/2019** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **804.316.823-72**

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando necessário

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DA COBERTURA**

**BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, Federal, ou prova de dependência através de reconhecimento a União Estável (cópia simples)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE –**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, Federal, ou Decisão Judicial que reconheça a união
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado por ambos

**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO)**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU TIA)**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário
- ☐ Outros Documentos apresentados: \_\_\_\_\_

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome): **FRANCISCO**

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário

E-mail:

Data: **27/07/2020** Assinatura: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL**

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **COB**

Atendente: **JOSEWANDY H**

Data: **27/07/2020** Assinatura: \_\_\_\_\_

Buscar no site

A  
COMPANHIA

SEGURO  
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de  
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICAS

SALA DE  
IMPRENSA

TRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3200022682 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO GEAN RODRIGUES

COBERTURA Invalidez



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF/CNPJ: 80431682372

Posição em 27-07-2020 09:13:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/01/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tODPLhFSf0jhb+LAEShSsg=api_key=DQWgChBgHimd0GHPs7fu7BAFOwuij8LTi42UAY8F6zQ=)
23/01/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vUiq__w9OhF5and8GNfrk=api_key=DQWgChBgHimd0GHPs7fu7BAFOwuij8LTi42UAY8F6zQ=)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

**Vítima:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES

**CPF:** 804.316.823-72

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 05/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO GEAN RODRIGUES : 804.316.823-72**

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](http://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: 14/01/2020  
Nome: FRANCISCO GEAN RODRIGUES  
CPF: 804.316.823-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Nathalia Beatriz Braga Costa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200022682 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200022682**

**Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder  
Consórcios de Seguro D

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN  
RODRIGUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

Outros



**FRANCISCO GEAN RODRIGUES : 804.316.823-72**

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](http://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: 14/01/2020  
Nome: FRANCISCO GEAN RODRIGUES  
CPF: 804.316.823-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Nathalia Beatriz Braga Costa



**COBERTURA SOLICITADA**

- ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)** ☐ **MORTE**

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

Vítima: **FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

Data do Acidente: **05/12/2009** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **804 316 823-72**

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596** / Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☒ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☒ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (material e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (original)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada  
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada  
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS**

**BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou Federal, ou prova de dependência através de reconhecimento a União Estável (cópia simples)

**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO NÃO FOR RECONHECIDO**

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ou Decisão Judicial que reconheça a união estável  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a)

**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU TIA (A))**

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário  
☐ Outros Documentos apresentados:

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome): **FRANCISCO**

Assinatura: **[Assinatura]**

Data: **26/12/09**

Assinatura: **[Assinatura]**

**RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome do portador): **FRANCISCO**

Assinatura: **[Assinatura]**

Data: **26/12/09**

Assinatura: **[Assinatura]**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200022682 **Cidade:** Solonópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200022682**

**Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO GEAN RODRIGUES**

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

**Vítima:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES

**CPF:** 804.316.823-72

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 05/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEAN RODRIGUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO GEAN RODRIGUES : 804.316.823-72**

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](http://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: 14/01/2020  
Nome: FRANCISCO GEAN RODRIGUES  
CPF: 804.316.823-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Nathalia Beatriz Braga Costa