

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		CPF: 304 316 823-72		
Profissão: MOTORISTA	Endereço: SITIO NOVO DESTINO	Número: S/N	Complemento: 	
Bairro: MILHA VELHA	Cidade: MILHA	Estado: CEARA	CEP: 63 635-000	Tel.(DDD): (88) 99719 4143
E-mail: 				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO (INFORMAR) ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **11 50**

CONTA: **7.208**

(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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

Autorização de pagamento

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 (na Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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.

Impossível excluir a morte ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: SOLONÓPOLE - CE, 26 de Dezembro de 2009
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Francisco Gean Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

MOVIMENTO VALOR

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: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		CPF: 304 316 823-72		
Profissão: MOTORISTA	Endereço: SITIO NOVO DESTINO	Número: S/N	Complemento: 	
Bairro: MILHA VELHA	Cidade: MILHA	Estado: CEARA	CEP: 63 635-000	Tel.(DDD): (88) 99719 4143
E-mail: 				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO (INFORMAR) ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **11 50**

CONTA: **7.208**

(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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

Autorização de pagamento

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 (na Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: 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.

Impossível excluir a morte ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, SOLONÓPOLE - CE, 26 de Dezembro de 2009 Nome: _____ CPF: _____
---	---

(* Assinatura de quem assina A RÔGO

Francisco Gean Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

MOVIMENTO VALOR



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

Impresso nº 2019947576

2ª Via

FLS.

RÚPURA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 do 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*

DAYANE FRANCIELE MERELES DOS SANTOS - MAT.: 301245

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Franciele Rodrigues*



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 779 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

Impresso nº 2019947576

2ª Via

FLS.

RÚPURA
AUTORIDADE PO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 do 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:



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 779 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

APD
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
Rua da Assembléia, 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
Rua da Assembléia, 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: 00000007208-7

Nr. da Autenticação A44A68D4693A282A

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, FRANCISCO GEAN RODRIGUES,RG nº 20078198970, data de expedição ___/___/___, Órgão SSPDS,CPF nº 804316323-72, 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)	<u>SITIO NOVO DESTINO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>MILHA VELHA</u>
Cidade	<u>MILHÀ</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 997194143</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

8967986

Para baixar seu atendimento, entre o m íntimo
sempre que entrar em contato conosco.

criado pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Melo Viana, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.257/0001-70 | CGF 09.105.848-3

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO(B) SÉRIE ÚNICA/Nº 025165501

Rota: Referência: 025165501
Nome: ML231R12 - 62500 Referência: 10/2019
Endereço: ANA APARECIDA DINIZ FAUSTINO ST NOVO DESTINO 00000 - 00000, MILHA VELHA,
Classificação: 063635-000, MILHA
Modalidade: Residencial Rural Emissão:
Ligação: B2 RURAL Medidor: 15/10/2019

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATA DE LEITURA: 15/10/2019

Anterior Atual Projeção prevista

Consumo (kWh) Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

DADOS DA MEDIDA

Posto Lmt. Lmt. Cons. Consumo Cons. Cons. Tarifa

Atual Anterior Mes (kWh) Ano (kWh) Faz (kWh) (R\$/kWh)

FP 2.745 2.595 1.86 168 83 158 0.4108 81.49

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA [VALOR (R\$)]

CONSUMO
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA

0.40308

64,48

1,15

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	9,69

CONSUMO CONSCIENTE	FATURAMENTO
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compensadas emitidas pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) Compensada kg (CO ₂) Compatibilidade Ecologica (esco) 100	011.253.753-70

PERIODOS DE PAGAMENTO	DEBITOS INTERIORES
Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/09 - 30/09 - Amarela : 01/10 - 15/10	Mes: 09 Valores: 09/09 71,39
	Total: 85,71,39

Nº do Cliente: Referência:
Data de Emissão: Total a Pagar (R\$):
Nº da Nota Fiscal: 10/2019 Nº de Controle: 10/2019 V: [1.0.0.5]
15/10/2019 68,83 025165501 300278522507

83810000000 68930031300 4 27852250707 6 00008967986 5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, FRANCISCO GEAN RODRIGUES,RG nº 20078198970, data de expedição ___/___/___, Órgão SSPDS,CPF nº 804316323-72, 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)	<u>SITIO NOVO DESTINO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>MILHA VELHA</u>
Cidade	<u>MILHÀ</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 997194143</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

8967986

Para baixar seu atendimento, entre o m íntimo
sempre que entrar em contato conosco.

criado pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Melo Viana, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.257/0001-70 | CGF 09.105.848-3

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO(B) SÉRIE ÚNICA/Nº 025165501

Rota: Referência: 025165501
Nome: ML231R12 - 62500 Referência: 10/2019
Endereço: ANA APARECIDA DINIZ FAUSTINO ST NOVO DESTINO 00000 - 00000, MILHA VELHA,
Classificação: 063635-000, MILHA
Modalidade: Residencial Rural Emissão:
Ligação: B2 RURAL Medidor: 15/10/2019

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATA DE LEITURA: 15/10/2019

Anterior Atual Projeção prevista

Consumo (kWh) Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

DADOS DA MEDIDA

Posto Lmt. Lmt. Cons. Consumo Cons. Cons. Tarifa

Atual Anterior Mes (kWh) Ano (kWh) Faz (kWh) (R\$/kWh)

FP 2.745 2.595 1.86 168 83 158 0.4108 81.49

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CONSUMO			
ADICIONAL BAND. AMARELA	0.40308	64,48	
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	1,15	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	COMPENSADO
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compensação das emissões pelos consumos de energia elétrica.	011.253.755-70
Emitido kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Compatibilidade Ecológica (esco) %	100

PERIODOS DE PAGAMENTO	DEBITOS INTERIORES
30/09 - Band. Vermelha : 01/10 - 15/10	MES-09 VALOR(R\$): 09/09 71,39
	Total: R\$ 71,39

Nº do Cliente: Referência:
Data de Emissão: Total a Pagar (R\$):
Nº da Nota Fiscal: Nº de Controle: 10/2019 V: [1.0.0.5]
15/10/2019 68,93 025165501 300278522507

83810000000 68930031300 4 27852250707 6 00008967986 5



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. SEGUO 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

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 11/12/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050683	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: (autografado) 382.0

VÍCTOR 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. SEGUO 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

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 11/12/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050683	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: (autografado) 382.0

VÍCTOR 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 _____

DEPENSO DE FRATUM, AO
JOELHO (MATEIA) DIREITO

ENCONTRA-SE, SE

Observações: ALTA DEFINITIVA

Fortaleza, 23 de 07 de 2020

Médico de Plantão - CRM: _____

[Handwritten signature over the stamp]

CRM/CB 6193
DR. VARELA PINHEIRO
CRM/CB 9869
DIA 23/07/2020
PROFISSIONAL DE SAÚDE
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

ATO 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

18554CRM

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, OFICINA DE OBRAS
DEFINICIÓN DE ANÁLISIS

CID 10.193.2

J.

ME VAGO
CON VACACIONES

29.08.2020

Dr. Luiz Valdo Pinheiro

Médico Ortopedista e Traumatologista

CRM 17037

Francisco Genn Rodrigues

medico

Nasceu, com os discos fráx,
que é o paciente, 41 anos. Vítima
de tumor no 8 mês com fratura
de盆腔. Dolor

No momento, paciente encontra-
se com ferida consolidada, fisiol. fértil.
Paciente após fisioterapia conseguiu
realizar 90º de flexão extensão
de joelho 0 - 90° com perna nua
e 30° em decúbito do joelho
com intenç.

Considerando o tempo de fisioterapia
e a intensidade já consolidadas, aconselha-se
com sequência de tratamento

Rua José Sifredo Pinheiro, 180 - Solonópole - CE



Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-CE N° 014638354676
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIAZONI, RENATO	ENTRO	EXERCÍCIO
DAMT 01 1549651304	1000000000	2019
FRANCISCO JOSÉ COSTA		
SOLONOPOLIS		
PLACA	RE-2627	
PLACAMENTO	2019-08-26	COMBUSTÍVEL
MARCA/MODELO	HONDA CB 500F HORNET	ANO/FABRICADO/ANO MODELO
CATEGORIA	A	VEÍCULOS PREDOMINANTE
PLACAS COMUNICADA	RE-2627	VEÍCULOS COTAS
PAGAMENTO	PARCELAMENTO/COTAS	DATA DE PAGAMENTO
PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)		
SEGURO DPVAT (R\$)		
OBSERVAÇÕES		
DATA		
5/08/2019		
SOLONOPOLIS		

DETTRAN-CE N° 014638354676
SEGURADORA DPFID - DPVAT
LOTE / DOC 16557144 / LACRE
MOTOR / PC42E-9002526

SEGURADO OBRIGATÓRIAMENTE DADOS PESSOAIS CAUSAÇÃO POR AUTOMÓVEIS DE VIAGEM TERRESTRE P/ PESSOAS / CARGA / APERTE A TINTA P/ IMPRESSÃO DAS DUPLAS / SEGURO DPVAT

CE N° 014638354676 BILHETE DE SEGURO

2019-08-26 026451843PP ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradotarifador.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

014638354676 44010511589 EXERCÍCIO DATA EM PLACAMENTO

2019-08-26 026451843PP CNPJ MARCA / MODOLO

014638354676 RENAVAM N° CHASSI

149851804 HONDA CB 500F HORNET

2009-09 SC2PC42009R.002526 PRÉMIO TARIIFÁRIO

FIM/IRIS DETRAN-CE CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,22 PAGAMENTO

COTA UNICA / PARCELADO

0,22 / 0,22 0,22 / 0,22 DATA DE COTA

02/08/2019 02/08/2019 02/08/2019 02/08/2019

SEGURO DPVAT - DPVAT

LOTE / DOC 16557144 / LACRE
MOTOR / PC42E-9002526



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200294040 **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: 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 Lide
Consórcios do Seguro D

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

SIDER**PROTÓCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****COBERTURA SOLICITADA**

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMAvítim. **FRANCISCO GEAN RODRIGUES**Data do Acidente **05/12/2009** Possui CPF: Sim Não N°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, pode-se solicitar documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue gratis 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 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
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (original)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadastrado (LCL) - 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 à União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou
 ou Decisão Judicial que reconheça a união entre
 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)

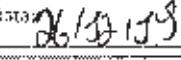
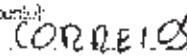
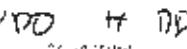
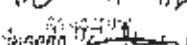
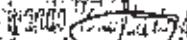
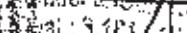
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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 (Nome):

Francisco Gean Rodrigues

Assinatura: **RESPONSÁVEL PELA INDENIZAÇÃO**Ponto de Aceite de Meio (Nome do ponto): Assinatura: Atendente: Assinatura: Assinatura: Assinatura: Assinatura: Assinatura: 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

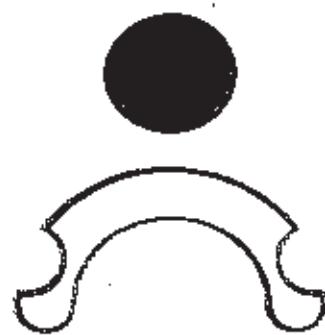
DIRECÇÔ / Address

CEP -

CIDADE
City

UF / State

PAÍS



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

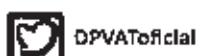
site: www.seguradoralider.com.br

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



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number	
FRANCISCO GEAN RODRIGUES		
ENDEREÇO / Address	(22) 9939 44	
SITIO novo DESTINO		
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State / PAÍS / Country
63635-000	MILHA	CE BRASIL

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **FRANCISCO GERALDO RIBEIRO**

Data do Acidente: **29/01/2019** 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 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 receituários 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 DA COBERTURA DE MORTE

- 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 (original)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando necessário

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DA COBERTURA DE DAMS

- 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 Decisão Judicial que reconheça a união, ou prova de dependência atraída reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE –

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou Decisão Judicial que reconheça a união, ou prova de dependência atraída reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Termo de Condiliação (original), assinado por ambos

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓ)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) E 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:

PORTEIRO

Portador da documentação (Nome): **Francisco Geraldo Ribeiro**

Quem é o portador? Vítima Beneficiário

E-mail:

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

RESPONSÁVEL

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

Atendente:

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 ao Poder Judiciário. O prazo para o 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 LIDER 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/tDDPLhFSf0jhbtAESh5ng=api_key=DQWgChBgHimd0GHPs7fu7BAFOwuij8LTI42UAY8F6zQ=)
23/01/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/uUiq_w9OhFSand8GNfrk=api_key=DQWgChBgHimd0GHPs7fu7BAFOwuij8LTI42UAY8F6zQ=)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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

Valorização 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: RAIO 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lide
Consórcios do Seguro D

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

SIDER**PROTÓCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****COBERTURA SOLICITADA**

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMAvítim. **FRANCISCO GEAN RODRIGUES**Data do Acidente **05/12/2009** Possui CPF: Sim Não N°CPF: **804336823-72****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, pode-se solicitar documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue gratis 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 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
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (original)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadastrado (LCL) - 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 à União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou
 ou Decisão Judicial que reconheça a união em
 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 (Nome):

Francisco Gean Rodrigues

Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro - São Paulo - SP

Data: **06/12/1988** Assinatura: **Francisco Gean Rodrigues****RESPONSÁVEL PELA INDENIZAÇÃO**Ponto de Aceitamento (Nome do ponto): **CORREIOS**Assinatura: **Francisco Gean Rodrigues**Atendente: **EDUARDO OCIVANDO**Data: **06/12/2011** Assinatura: **Francisco Gean Rodrigues**

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: 23/01/2020

Valorização 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: RAIO 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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