

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.20.00170453-2** em **10/12/2020 10:02:43**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0050968-75.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00170453-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 10/12/2020 10:02:43

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados [Exibindo todos documentos](#) >>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2771970_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2771970_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-47.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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:
	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: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		CPF: 804316823-72
Profissão: MOTORISTA	Endereço: SITIO NOVO DESTINO	Número: S/N Complemento:
Bairro: MILHA VELHA	Cidade: MILHA	Estado: CEARA CEP: 63635-000
E-mail:	Tel.(DDD): (88)99719 4143	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR)	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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: **1150**

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 exibir a
carteira ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **SOLONÓPOLE - CE, 26 de Dezembro de 2009**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia 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:
	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: FRANCISCO GEAN RODRIGUES		CPF: 804316823-72
Profissão: MOTORISTA	Endereço: SITIO NOVO DESTINO	Número: S/N Complemento:
Bairro: MILHA VELHA	Cidade: MILHA	Estado: CEARA CEP: 63635-000
E-mail:	Tel.(DDD): (88)99719 4143	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR)	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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: **1150**

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 declarar que sou beneficiário, não alfabetizado

Local e Data: **SOLONO POLE - CE, 26 de Dezembro de 2009**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o 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.
RÚPICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 779 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de 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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

Impresso nº 2019947576

2a Via

FLS.

RÚPICA
AUTORIDADE DE PO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 779 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de 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

Fls. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

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 1/1/, 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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

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

enei

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(S) SÉRIE ÚNICA(Nº)

Rota: Referência: 025165501
Nome: ML231R12 - 62500 Referência: 10/2019
Endereço: ANAIA 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: Previsão: Previsão

DADOS DA MEDIDA

Posto	Lnt.	Lnt.	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Votor
	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Ano (kWh)	Fel (kWh)	Fel (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
FP	2.745	2.595	1.86	168	83	158	0,4108	81,49

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA: [VALOR (R\$)]

CONSUMO	0,40308	64,48
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	1,15
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	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

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compensar suas emissões
pelos consumos de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Compreender Ecologia (CO₂)

011.253.755-70

100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/09 - 30/09 - Amarela : 01/10 - 15/10

DEBITOS INTERIORES
M26-00 VALOR (R\$):
02/09 71,39
Total: 85,71,39

Nº do Cliente: Referência:
Data de Emissão: 8967986 Total a Pagar (R\$):
Nº da Nota Fiscal: 8967986 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

Clinica: 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: (antecede) 582.0


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

VÍCTOR AMON NUNES FERNANDES

18564CRM

RECE

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

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: (antecede) 582.0


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

RECE

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



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

03.(a) FRANCISCO JEAN RODRIGUES

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 23/07/20, às 10 h.

Tendo como causa do seborro _____

DEMAND DE FRATUM, DO

JOELITO (PATEA) DIRETTO

ENCONTROS

Observações: ACTA DEFINITIVA

Fortaleza, 23 de 07 de 2002

Médico de Plantão – CRM: _____

100

DE: VERSCHIEBEN PUBLIKUM
CRM/CE 6196
DE: VERSCHIEBEN PUBLIKUM
CRM/CE 6193

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 Rec
Deficien De analisis

51010.1793.2

29. 08. 2020

Dr. Luiz Valdo Pinheiro

Médico Ortopedista e Traumatologista

CRM 17037

Francisco Genn Rodrigues

medico

Neto, com os discos fráx,
q-s o paciente, 41 ANOS. Vítim
de Tumor no 8 Músculo com fratura
de Pescos Díspares

No momento, paciente encontra-
se com ferida consolidada, fse. 21 fch.
Paciente após fisioterapia conseguiu
realizar 90º de flexão extensão
De 0º a 140º 0 - 90º com perda residual
De 30º em flexão no joelho
CONTIN. INFERIOR

Considerando o tempo de fisioterapia
e a ferida já consolidada, aconselha-
se a seguir o 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

VIA	TIPO	CÓD. RENAVAM	ENTRO	EXERCÍCIO
DAMT	01	149851804	1000000000	2019
FRANCISCO JOSÉ COSTA				
SOLONOPOLIS				
PLACA				
H2627				
PLACA ANTIGA				
H2627				
COMBUSTÍVEL				
GASOLINA				
ANO FAB. / ANO MOD.				
2009 / 2009				
MARCAS / MODELOS				
HONDA / CBR 250R / 410R				
CATEGORIA				
P				
VIA DE COMUNICAÇÃO				
VENHO COTÁTICA				
P				
VATRA/FAVATRA / PARCELAMENTO COTAS				
1 2 3				
1 PREMIO TARIIFARIO (R\$) 100,00 2 PREMIO TOTAL (R\$) 100,00 3 DATA DE PAGAMENTO 08/08/2019				
4 SEGURO DPVAT (R\$) 100,00 5 DATA 08/08/2019				
6 OBSERVAÇÕES				
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				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398				
399				
400				
401				
402				
403				
404				
405				
406				
407				
408				
409				
410				
411				
412				
413				
414				
415				
416				
417				
418				
419				
420				
421				
422				
423				
424				
425				
426				
427				
428				
429				
430				
431				
432				
433				
434				
435				
436				
437				
438				
439				
440				
441				
442				
443				
444				
445				
446				
447				
448				
449				
450				
451				
452				
453				
454				
455				
456				
457				
458				
459				
460				
461				
462				
463				
464				
465				
466				
467				
468				
469				
470				
471				
472				
473				
474				
475				
476				
477				
478				
479				
480				
481				
482				
483				
484				
485				
486				
487				
488				
489				
490				
491				
492				
493				
494				
495				
496				
497				
498				
499				
500				
501				
502				
503				
504				
505				
506				
507				
508				
509				
510				
511				
512				
513				
514				
515				
516				
517				
518				
519				
520				
521				
522				
523				
524				
525				
526				
527				
528				
529				
530				
531				
532				
533				
534				
535				
536				
537				
538				
539				
540				
541				
542				
543				
544				
545				
546				
547				
548				
549				
550				
551				
552				
553				
554				
555				
556				
557				
558				
559				
560				
561				
562				
563				
564				
565				
566				
567				
568				
569				
570				
571				
572				
573				
574				
575				
576				
577				
578				
579				
580				
581				
582				
583				
584				
585				
586				
587				
588				
589				
590				
591				
592				
593				
594				
595				
596				
597				
598				
599				
600				
601				
602				
603				
604				
605				
606				
607				
608				
609				
610				
611				
612				
613				
614				
615				
616				
617				
618				
619				
620				
621				
622				
623				
624				
625				
626				
627				
628				
629				
630				
631				
632				
633				
634				
635				
636				
637				
638				
639				
640				
641				
642				
643				
644				
645				
646				
647				
648				
649				
650				
651				
652				
653				
654				
655				
656				
657				
658				
659				
660				
661				
662				
663				

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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Data do acidente: 05/12/2019

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Titular do CPF: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

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

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

vítim. 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
- 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 (LIC) - somente quando solicitado

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFÍCIOS

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

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

BENEFICIÁRIO COMPARHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ao Poder Judiciário, ou prova de dependência através de comprovar que reconhece a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPARHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ao Poder Judiciário que reconheça a união em fato (cópia simples)
- Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) beneficiário

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

Portador do documento (Nome): FRANCISCO

Quem é o beneficiário? Sim Não

Endereço:

Data: 06/12/1988

Assinatura:

RESPONSÁVEL P

Ponto de Acesso e Meio (Nome do ponto): CORDELOS

Atestado:

Assinatura: 06/12/2011



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

DIRECÇO / Address

CEP -

CIDADE
City

UF / State

PAÍS



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

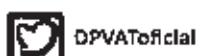
site: www.seguradoralider.com.br

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"



COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **FRANCISCO GERALDO RIBEIRO**

Data do Acidente: **28/01/2019** 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 pelo beneficiário

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:

PORTADOR

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 (r/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/tDDPLhFSf0jhbtAESh5og=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

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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019364/20

Vítima: FRANCISCO GEAN RODRIGUES

CPF: 804.316.823-72

Data do acidente: 05/12/2019

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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

vítim. 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 Invalides 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
- 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 (LIC) - somente quando solicitado

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFÍCIOS

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

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

BENEFICIÁRIO COMPARHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ao Poder Judiciário, ou prova de dependência através de comprovar que reconhece a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPARHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou ao Poder Judiciário que reconheça a União Estável (cópia simples)
- Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) beneficiário(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

Portador do documento (Nome): FRANCISCO

Quem é o beneficiário? Sim Não

Endereço:

Data: 06/12/1988

Assinatura:

RESPONSÁVEL P

Ponto de Acesso e Meio (Nome do ponto): CORDELOS

Atestado:

Assinatura:

Assinatura: