
Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344044

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO CARLOS BERGHAHN

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344044

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO CARLOS BERGHAHN

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 00000653

Conta: 0000074201-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 415.978.421-68 4 - Nome completo da vítima: Pedro Carlos Berghahn

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

5 - Nome completo: Pedro Carlos Berghahn 6 - CPF: 415.978.421-68
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Hilaria 9 - Número: 363 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: figueira clube 12 - Cidade: Boca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-022
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00074201 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boca Vista RR 21 de julho de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027723/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/09/2020 14:51:21 Data/Hora Fim: 17/09/2020 14:51:21
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 046-2020 Data: 13/03/2020
 Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia de Mucajaí

Data/Hora do Fato: 13/03/2020 19:42 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Av. Amazonas C/ rua João Gomes

Ponto de Referência: Próximo ao prédio universitário

Tipo do Local: Via Pública

Nº: S/N

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PEDRO CARLOS BERGHAHN (ITEM 02) (ENVOLVIDO , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 06/01/1967 Idade 53

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Sem Informação

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Marques de Souza - RS

Nome da Mãe: DIVA LORI BERGHAHN

Nome do Pai: ORNI RENILDO BERGHAHN

Documento(s)

RG: 571034

CPF: 415.978.421-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ITAJARA

Complemento: CASA

Bairro: JOQUEI CLUBE

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nº: 363

CEP: 69.313-022

Nome Civil: FRANCIVALDO FERREIRA CARVALHO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua porto seguro

Bairro: Centenário

Nº: 109

Nome Civil: MARIENE RIBEIRO PERES (ITEM 01) (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027723/2020

Documento(s)

RG: 114242

Endereço

Logradouro: Av. rio de janeiro - região de chácara

Nome Civil: NEMESIO SIMIÃO VIEIRA FILHO (ITEM 03) (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG: 120855

Endereço

Logradouro: Av. rio de janeiro - região de chácara

Razão Social: POLICIA MILITAR 4ºPELPM/ 4º CIPMFRON/MUCAJAI ROP Nº 046/2020 SÉRIE DIGITAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Mucajaí - RR

Logradouro: Comando de policiamento do Interior - CPI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 415.978.421-68	Placa PHD7928
Renavam 01125691511	Número do Motor KD08E1H451380
Número do Chassi 9C2KD0810HR451373	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 20/05/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Pedro Carlos Berghahn (item 02)	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 662.152.502-87	Placa JXX8115
Renavam 00938092081	Número do Motor F70009033
Número do Chassi 9BGAD69W08B136325	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Mucajaí	Marca/Modelo GM/VECTRA SD EXPRESSION
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Mariene Ribeiro Peres (item 01)	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
 Data de Impressão: 17/09/2020 15:13:44

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

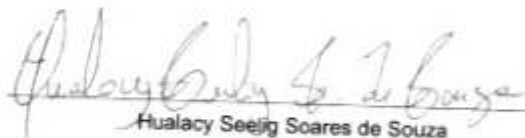
Nº: 00027723/2020

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que de posse do ROP nº 046/2020 e Série Digital (em anexo), o comunicante apresenta-o para confecção desse boletim de ocorrência, tendo em vista não constar no Sistema PPE; Que em consonância com o ROP nº 046/2020 e Série digital extraísse que: o Senhor Delegado Plantonista de Polícia Civil de Mucajaí, em patrulhamento ostensivo pelas ruas da cidade quando fomos acionados vinha celular para atendermos uma ocorrência de trânsito no endereço, data e horário acima citado. Ao chegarmos ao local, constatamos a veracidade dos fatos, onde a ocorrência envolvia uma motocicleta e um automóvel e havia uma das partes ao solo. Fizemos contato com uma das partes, a item 01, onde a mesma nos relatou que trafegava com seu esposo o item 03 em seu veículo GM VECTRA, COR PRATA PLACA JXX-8115 pela Av. Amazonas sentido Av. Pe. Ricardo Silvestre/Av. Firmino Azevedo, e ao chegar ao cruzamento com a Rua João Gomes, onde deslocava nesta rua o item 02 em uma motocicleta HONDA NXR 160 COR VERMELHA PLACA PHD- 7928, não respeitando a placa de sinalização PARE, vindo a colidir na traseira do veículo da item 01 lado direito, que a condutora do veículo ainda tentou de todas as formas avançar a aceleração de seu veículo para evitar colisão, porém não teve como impedir. Informo ainda, que o item 02 foi atendido pela equipe do SAMU, onde recebeu os primeiros atendimento pré-hospitalares, pois aparentemente apresentava fratura de clavícula e perna lado direito, sendo encaminhado para o hospital da cidade. Que o envolvido item 02 a todo momento estava consciente, apenas sentindo fortes dores da lesão. Foi verificada documentação dos envolvidos, sendo que estavam ambas as partes estavam com a documentação em dias e os documentos do item 02 bem como celular foram entregues mediante autorização do item 02 ao item 04, que é encarregado chefe do mesmo e a motocicleta conduzida para o pátio da Polícia Militar para em momento oportuno ser entregue aos familiares. Era o que tinha a relatar.

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (17/09/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS



Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar 4ªPELPM/ 4ª CIPMFront/Mucajaí Rop nº
046/2020 Série Digital

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima essenciais e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 415.978.421-68 4 - Nome completo da vítima: Pedro Carlos Berghahn

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

5 - Nome completo: Pedro Carlos Berghahn 6 - CPF: 415.978.421-68
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Hilaria 9 - Número: 363 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque Elvira 12 - Cidade: Boca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-022
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00074201 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boca Vista, RR 21 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Pedro Carlos Berghahn

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO CARLOS BERGHAHN

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000074201-8

Nr. da Autenticação A023A9EC0C77A4C5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Carlos Elia Gomes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.301.170/0001-44 | Ins. Estadual: 24.901.822-3
Situa Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL: 5418015 FCAH*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUN/JUN/2020	16/07/2020	353	291,40

IRANEIDE DA SILVA COSTA
R. ITAJARA 363 - JOQUEI CLUB
CEP: 69-313-022 - BOA VISTA
CPF: 00066357411272

DADOS DA LEITURA			
Atual	19/06/2020	Anterior	20/05/2020
Emissão	18/06/2020	Apresentação	19/06/2020
		Próxima leitura	22/07/2020
		Dias de consumo	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	E2832034	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	WPM	INLETADO	WPM	INLETADO	WPM	INLETADO	WPM
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	57702						
Leit. Anterior	57349						
Consumo	1,000						
Resíduo							
Medido	353						
Faturado	353						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	353 A R\$ 0,755234 =	266,59
		24,87

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA R\$ 0,755234 - 0,000000
Média 12 meses



MENSAGENS IMPORTANTES

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/07/2020 em função das contas atrasadas nesta fatura. O caso de atrasamento poderá resultar também o inclusão do nome do consumidor no CADEN (Cadastro de Endereços de Dívidas em Cartão de Dívidas) e na restrição de crédito de R\$ 332,00 no seu histórico. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta aviso.

Res. Ant. 05/2020
Res. 05/2020

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-120 E TACA 0600-VENTUREIRO 1-5-13-14-22-35

RESERVADO AO FISCO 28A7 6C06 86D6 0660 009D 6AA6 5323 5883

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia	145,91
Distribuição	63,91
Transmissão	0,00
Encargos	8,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,40	36,99
Realizado	0,76		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

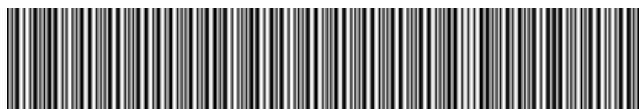
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Pedro Carlos Berghahn inscrito (a) no CPF sob o nº 415.978.421-68
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da vítima Pedro Carlos Berghahn
inscrito (a) no CPF sob o nº 415.978.421-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Baralusto</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	Estado: <u>RR</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Baralusto RR 15 de Setembro de 2020

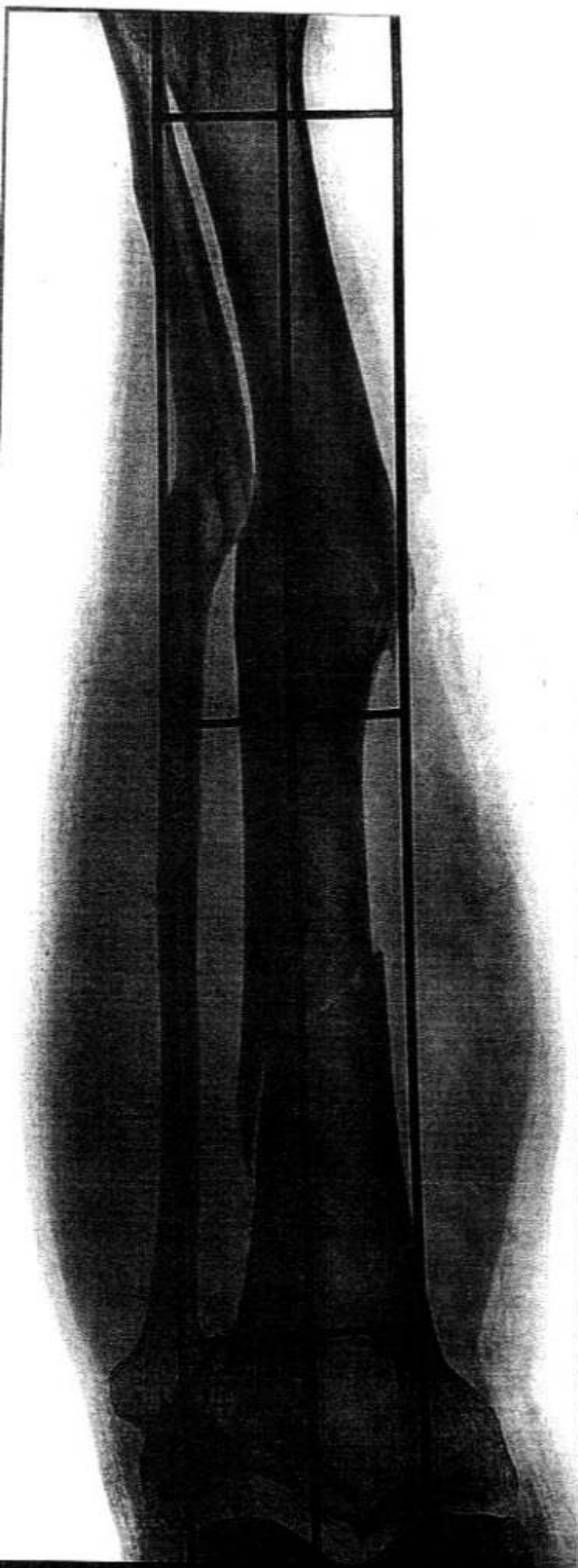
William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



Cristiane

2001230474		13/03/2020 22:28:42		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 20	
Paciente PEDRO CARLOS BERGHAHN				Data Nascimento 06/01/1967		Idade 53 A 2 M 7 D		CNS 708105543317238	
Tipo Doc COLISAO ENTRE VEICUL		Documento GRANDE TRAUMA		Órgão Emissor SAÚDE		Data Emissão URGÊNCIA		CPF 41597842168	
Mãe DIVA LORI BERGHAHN				Sexo M		Estado Civil NAO INFORMADO		Raça/Cor PARDA	
Endereço RUA - ITAJARA - 363 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR				Naturalidade BRASILEIRA		Contato		Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Peso		Pressão	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)				Paciente trazido pelo SAMU, MUCALAI, após colisão de moto x carro há 3 horas, trouxe RMO-X com fratura de tibia, RMO-X de tórax sem pneumotórax, impossível avaliar clavícula com RMO-X crânio. BE6, LOTE supleno corado - ABCDE OK					
SADT Exames Complementares				☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
DIPLOMAT 29 IU TILATIL 40 mg IV TRANQUOL 100 mg x IV LENTE SF 100 ml				24/36					
Condução				☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: <i>ortopedis</i>					
óbito				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:					
Assinatura do Paciente ou Responsável				Assinatura do Médico <i>Dr. Jorge</i> CRM-RR 2084 r					
Impresso por: souza				Data Hora: 13/03/2020 22:31:51					







ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CLINICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

PEDRO CARLOS BERGHANN

PRONTUÁRIO Nº

234956-08

DN: 06/01/1967

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

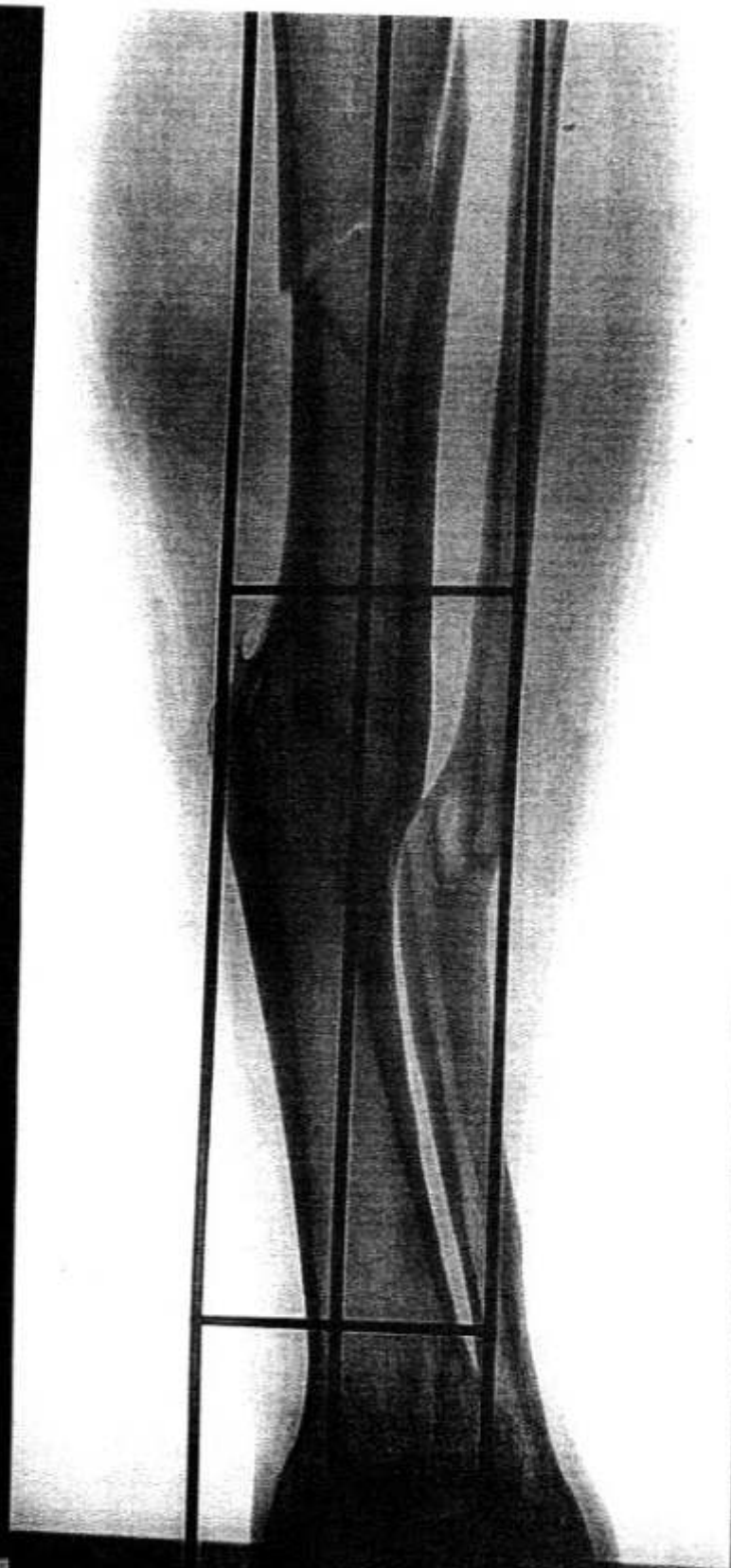
EVOLUÇÃO

24/06/20

15/07/20



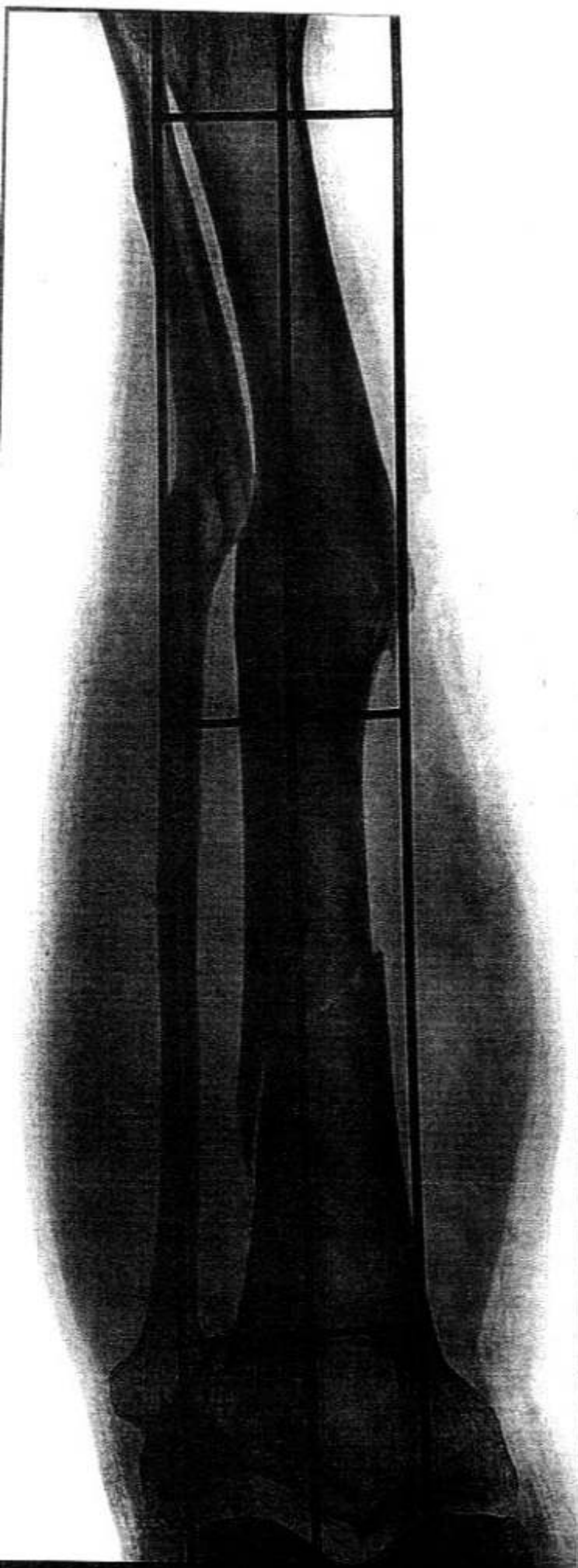
E





Cristiane

2001230474	13/03/2020 22:28:42	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 20	
Paciente PEDRO CARLOS BERGHAHN		Data Nascimento 06/01/1967	Idade 53 A 2 M 7 D	CNS 708105543317238	CPF 41597842168	Prontuário	
Tipo Doc DIVA LORI BERGHAHN		Documento Órgão Emissor Data Emissão	Sexo M	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BRASILEIRA	Contato
Endereço RUA - ITAJARA - 363 - JOQUEI CLUBES - BOA VISTA - RR		Class. de Risco		Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização
Motivo do Atendimento COLISAO ENTRE VEICUL		Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Sis Prenatal
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: SOUSA		Pressão	
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL	
<i>TRAUMATIZADO PELO SAMU, MUCALAI, APÓS COLISÃO DE</i> <i>MOTO X CARRO (HÁ 3 HORAS), TROUXE RMO-X COM FRATURA</i> <i>DE TÍBIA, RMO-X DE TÓRAX SEM PNEUMOTÓRAX, IMPOSSÍVEL</i> <i>AVALIAR CERVICAL COM RMO-X CERVICAL. BEB, LOTE</i> <i>EXPRESSO CONCORDADO - ABCDE OK</i>							
SADT - Exames Complementares ☒ RMO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO							
<i>DIPLOMAT 29 IU</i> <i>TILATIL 40 mg IV</i> <i>TRAMADOL 100 mg x IV LOTE</i> <i>SF 100 mg</i>				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelar ☐ Internação ☐ Transferência para: <i>ortopedis</i> Data e Hora da Saída/Alta: _____							
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica _____							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Assinatura do Médico <i>Dr. Jorge</i> CRM-RR 2084 r				Assinatura do Médico			
Impresso por: <i>sousa</i> Data Hora: 13/03/2020 22:31:51				2001230474			





ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: PEDRO CARLOS BERGHMAN

PRONTUÁRIO Nº 234956-08

DN: 06/01/1967

DATA
HORA

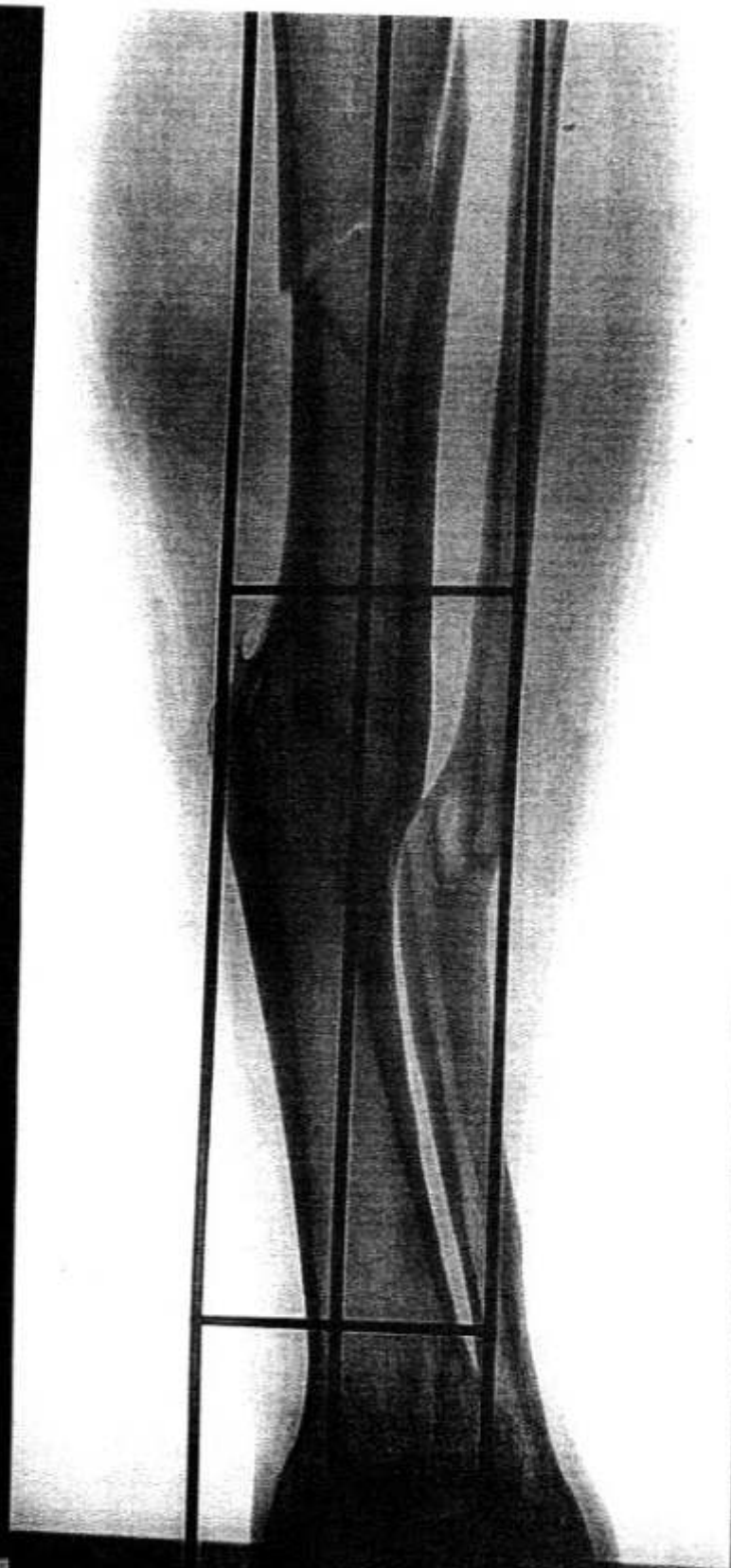
EVOLUÇÃO

24/06/20 FA / 100

15/07/20 FA / 100



E



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Representante do Povo do Brasil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
PEDRO CARLOS BERGHAHN



DOC. IDENTIDADE/DIG. EMISSOR/UF
571034 SSP RJ

CPF
415.978.421-58 DATA NASCIMENTO
05/01/1967

FUNÇÃO
OMNI RENILDO BERGHAHN
DIVA LORI BERGHAHN

PERMISSÃO
ACD
CAT./VAB
AD

Nº REGISTRO
02156880185

VALIDADE
05/11/2023

VALIDADE
11/10/1993

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745560502

OBSERVAÇÕES

Pedro C. Bergahn
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
06/11/2018

ANTONIO FRANCISCO DESEBIA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISOR

34577886470
RR209915420

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1745560502

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271417/20

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

CPF: 415.978.421-68

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: PEDRO CARLOS BERGHAHN

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PEDRO CARLOS BERGHAHN : 415.978.421-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344044 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda e fratura da tíbia esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 50°, extensão aos 130°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Não foram identificadas alterações das funções do ombro esquerdo decorrentes do trauma.

Resultados terapêuticos: Vítima fez uso de imobilização por tipoia por 04 meses e imobilização gessada no MIE, não fez fisioterapia e alta em setembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em membro inferior esquerdo em grau moderado.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200344044

Nome do(a) Examinado(a): PEDRO CARLOS BERGHAHN

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itajara, 363, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 571034

Data e local do acidente: 13/03/2020 - Mucajaí/RR

Data e local do exame: 13/10/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vítima de colisão de moto com carro com consequente fratura da clavícula E + MIE

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima fez uso de imobilização tipoia por 04 meses + imobilização gessada no MIE, não fez fisioterapia e alta em setembro de 2020

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 50°, extensão aos 130°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Clavícula E: sem alteração funcional Joelho E /MIE: gonartrose + deformidade em terço médio da perna E + limitação de flexão + comprometimento da força motora.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Vítima tem histórico de fratura exposta de MIE há 25 anos e não recebeu DPVAT na época // e fratura do punho E em 2011 e também não recebeu DPVAT


Dr. Regina Claudia Henriques Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Pedro Carlos Berghahn
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo RG: 571034 SSP-RR
CPF: 415.978.421-68 ENDEREÇO: R. Hajaia 363
BAIRRO: Imbuí CIDADE: Ba. Luto
CEP: 69.033-022

VÍTIMA: Pedro Carlos Berghahn
CPF: 415.978.421-68 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Ficanço
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 823.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC II- 294 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidiz, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 22 de julho de 20 20

x Pedro C. Berghahn
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271417/20

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

CPF: 415.978.421-68

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CARLOS BERGHAHN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PEDRO CARLOS BERGHAHN : 415.978.421-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO