

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2942108620201221093456

Processo 0830271-15.2020.8.23.0010 - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
	9 21/12/2020 09:34:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773212CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773212CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA					
8	15/12/2020 17:04:29	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 15/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	7 11/12/2020 16:59:27	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária		
	6 26/11/2020 10:30:54	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado		
5	25/11/2020 15:21:02	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	25/11/2020 15:21:02	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	25/11/2020 15:21:02	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	25/11/2020 15:21:02	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
	1 25/11/2020 15:21:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		



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, 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

Pag. 0195301954 - carta_02 - INVALIDEZ



00020977

Carta nº 16177099

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU4ZEEWGTAC3ZQYZA



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, 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 inscrição

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

415.978.421-68 Pedro Carlos Burghahn

5 - Nome completo da vítima:

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 Burghahn

6 - CPF:

415.978.421-68

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Itárea

9 - Número:

363

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jaque Flubee

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-022

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

99113-3855

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000742018

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

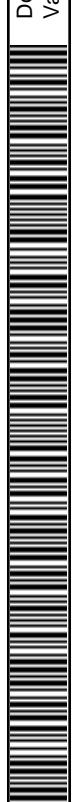
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)?

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bonito RR 21 de julho de 2020

x Pedro Carlos Burghahn

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/irr/jus.br/validar/ - Identificador: PJ8CU4ZEEWGTAC3ZQYZA

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Mucajai

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

Local do Fato

Município: Mucajai (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Av. amazonas C/ rua João Gomes

Ponto de Referência: Próximo ao prédio universitário

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: PEDRO CARLOS BERGHAHN (ITEM 02) (ENVOLVIDO , VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo	Nasc: 06/01/1967 Idade 53
Estado Civil: Solteiro(a)	Escolaridade: Sem Informação
Nome da Mãe: DIVA LORI BERGHAHN	Naturalidade: Marques de Souza - RS
	Nome do Pai: ORNI RENILDO BERGHAHN

Documento(s)

RG: 571034

CPF: 415.978.421-68

Endereço

Municipio: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ITAJARA

Nº: 363

Complemento: CASA

Bairro: JOQUEI CLUBE

CEP: 69.313-022

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nome Civil: FRANCIVALDO FERREIRA CARVALHO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Municipio: Boa Vista - RR

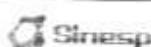
Logradouro: rua porto seguro

Nº: 109

Bairro: Centenário

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

Nacionalidade: Brasileira



Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 CIPMFON/MUCAJAI ROP Nº 046/2020 SÉRIE DIGITAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Mucajai - 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 RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Pedro Carlos Berghahn (item 02)	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
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 Mucajai	Marca/Modelo GM/VECTRA SD EXPRESSION
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/09/2019	Situação do Veículo ALIENAÇÃO_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

Fls: 3

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 extraísssa que: «Senhor Delegado Plantonista de Polícia Civil de Mucajai, em patrulhamento ostensivo pelas ruas da cidade quando fomos acionados vinha celular para atendermos uma ocorrência de transito no endereço, data e horário acima citado. Ao chegarmos ao local, constatamos a veracidade dos fato, onde a ocorrência envolvia uma motocicleta e um automóvel e havia uma das partes ao solo. Fizemos contato com umas das partes, a ítem 01, onde a mesma nos relatou que trafegava com seu esposo o ítem 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 ítem 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 ítem 01 lado direito, que a condutora do veículo ainda tentou de todas as formas avançar a acelerarão de seu veículo para evitar colisão, porém não teve como impedir. Informo ainda, que o ítem 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 ítem 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 ítem 02, bem como celular foram entregues mediante autorização do ítem 02 ao ítem 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 Artigos 339-Denúncia 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

Policia Militar 4ºPELPM/ 4º CIPM Fron/Mucajai Rop nº
046/2020 Série Digital
Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (meu(a)) responsável pelas informações acima assentadas e certifico que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

415.978.421-68 Pedro Carlos Bergahn

5 - Nome completo da vítima:

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 Bergahn

6 - CPF:

415.978.421-68

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Itárea

9 - Número:

363

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jaque Flubee

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-022

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

99113-3855

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 000742018

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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.

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado
civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (velhozinho)?

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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.

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonito RR 21 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/titr.us.br/projudi/ - Identificador: PJ8CU4ZEEWGTAC3ZQYZA

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

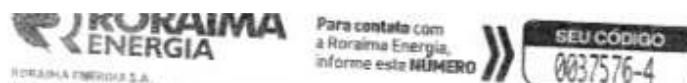
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000074201-8

Nr. da Autenticação A023A9EC0C77A4C5





ROKASHA FIBROSES S.A. informe este NÚMERO

Akademie für Politikwissenschaften und
Politische Bildung, Berlin, 441 - 1000 Berlin - 33

ChE: 47.3±1.7nmol/l (44.1-50.4) Enolase: 76.8±1.32

Sistema Financeiro / Conta de Exercício Físico - Sefaz - R-2

Magneto: Especial de impressão autorizada para o uso.

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

AP-DA NOTA FISCAL 5418075 - ECAL

0037576-4

CONTA MÊS JUNHO/2020 **VENCIMENTO** 10/07/2020 **CONSUMO (kWh)** 353 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 291,40
IRANEIDE DA SILVA COSTA CPF: 00066357411272
R. ITAJARA 363 **JOQUEI CLUBE**
CEP 69.313-022 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA			
Atual:	19/06/2020	Anterior:	20/05/2020
Emissão:	18/06/2020	Apresentação:	19/06/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BTF	E2832034	NORMAL	CONVENC.

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	APL. TOTAL	INJETO TOTAL	NW/ FONTE	INJETADO FONTE	NW/ INTERNEU	INJETADO INTERNEU	NW/ RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	77702							
Leit. Anterior	77349							
Consumo	1.453							
Resíduo								
Medido	353							
Faturado	353							

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



MENSAGEM  Aviso de que o uso do produto deve ser feito com extrema cautela e com o auxílio de um profissional de saúde. O uso prolongado pode causar efeitos colaterais graves, como infertilidade, danos ao fígado e rins, e até mesmo câncer. É importante seguir as instruções de uso e não exceder a dose recomendada. Caso tenha efeitos colaterais, é importante procurar um profissional de saúde.

MENSAGENS IMPORTANTES

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

RESERVADO AO FISCO 28A7 6C06 8606 0650 0090 6AA6 5333 EAD

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensual	Trimestral	Anual
Límite	9,24	18,49	36,99
Realizado	8,76		
DIC	Mensual	Trimestral	Anual

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001. Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU4ZEEW GTAC3ZQYZA

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



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



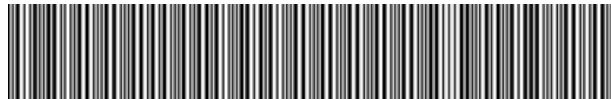
RORAIMA ENERGIA

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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rodrigo Carlos Bergahn inscrito (a) no CPF sob o Nº 415.978.421-68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo Carlos Bergahn

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 Lider-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>Baixista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>W.Franco992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.318-050</u>
					Tel. (DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Baixista RR 15 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

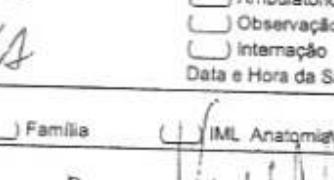
... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

2001230474 13/03/2020 22:28:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

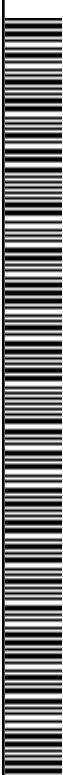
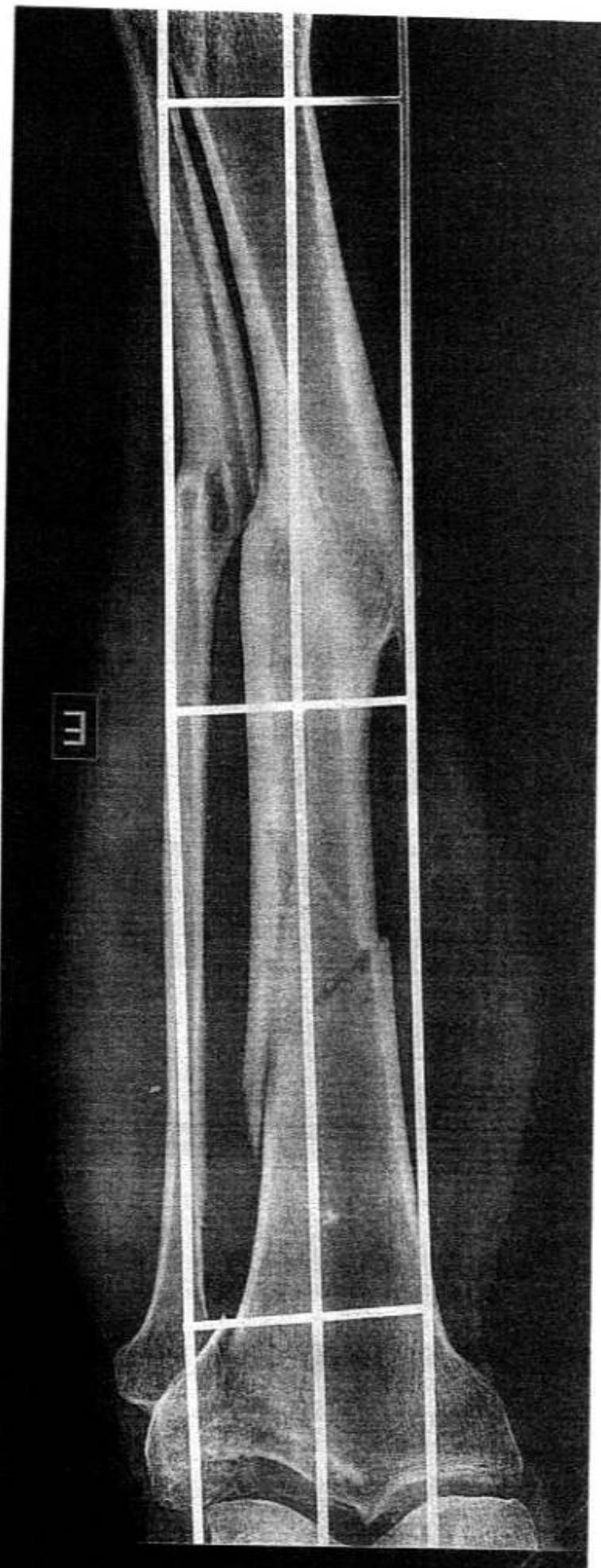
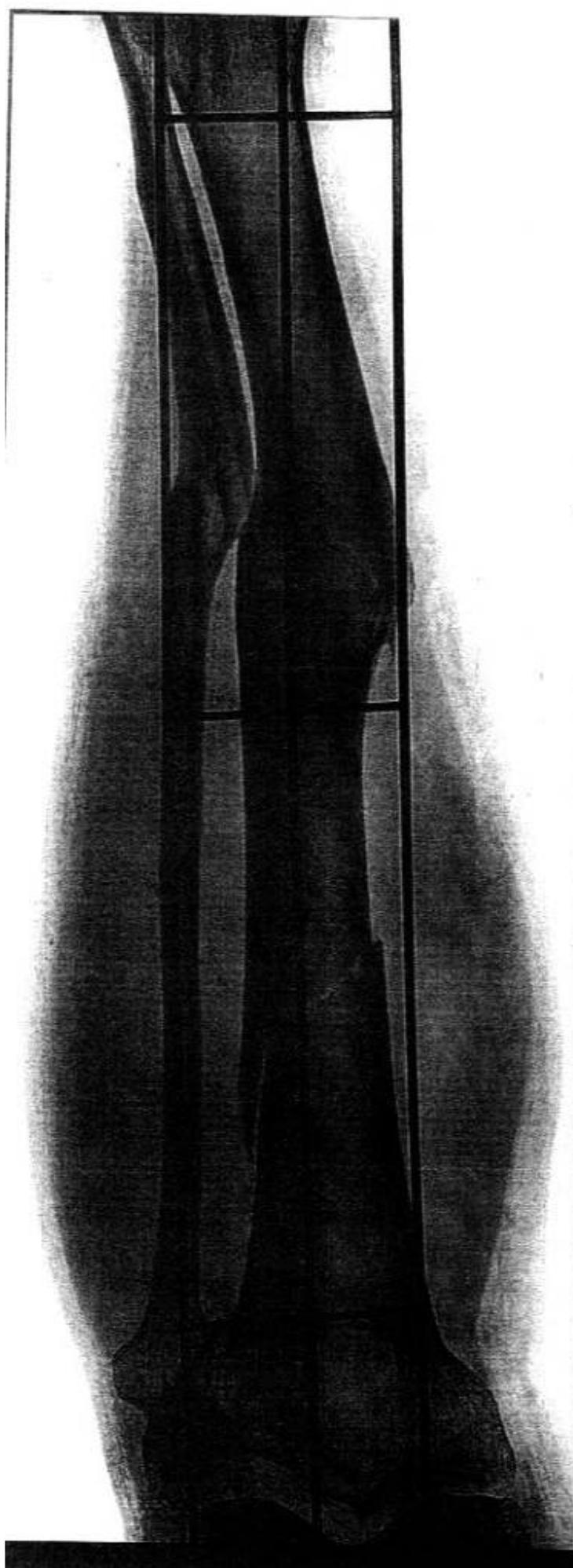
curto curto

Paciente		FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-20	
PEDRO CARLOS BERGHAHN		Data Nascimento 06/01/1967	Idade 53 A 2 M 7 D	CNS 708105543317238	CPF 07 41597842168		Azul Ass.: Azul Ass.	
Tipo Doc.	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade NI	Prontuário
Mãe	DIVA LORI BERGHAHN							Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço	RUA - ITAJARA - 363 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR					Contato	Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento COLISAO ENTRE VEICUL URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	Tipo de Chegada GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: SOUSA			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Paciente trazido pelo Samu, Micael, após colisão de moto x carro há 3 horas, trouxe Raio-x com Fratura de TIBIA. Raio-x de TÓXIS sem Preliminary, impossível cervical com Raio-x simples. BEG, com superes contado - ABCDE 0/1								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT / Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
PREScrição								
Dipirona 29 IV Ticitac 40 mg IV Transtadol 100 mg > iv 0/0 BP 100 ml							APRAZAMENTO <i>DE 24/08</i>	
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedias	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família							
Assinatura do Paciente ou Responsável	 Carimbo e Assinatura do Médico Médico CRM-RR							

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU 4ZEEW GTAC3ZQYZA







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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

Pedro Carlos BERGHAHN

PRONTUÁRIO Nº

234956-08

DN: *06/01/1967*

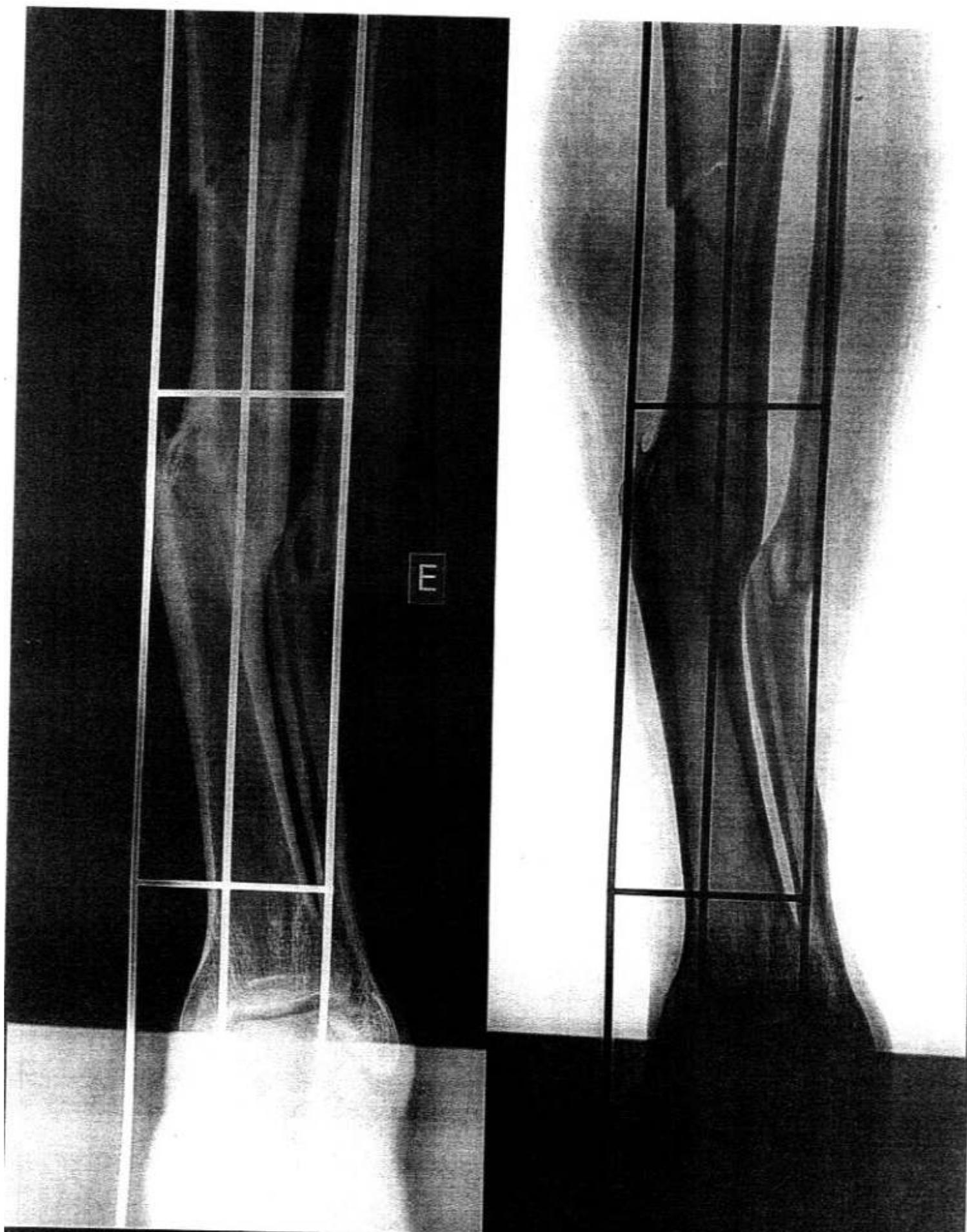
DATA
HORA

24/06/20 SF 100

15/07/20 SF 100

EVOLUÇÃO





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU4ZEEWGTAC3ZQYZA



-- Guia de Atendimento 17 --

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

2001230474 13/03/2020 22:28:47

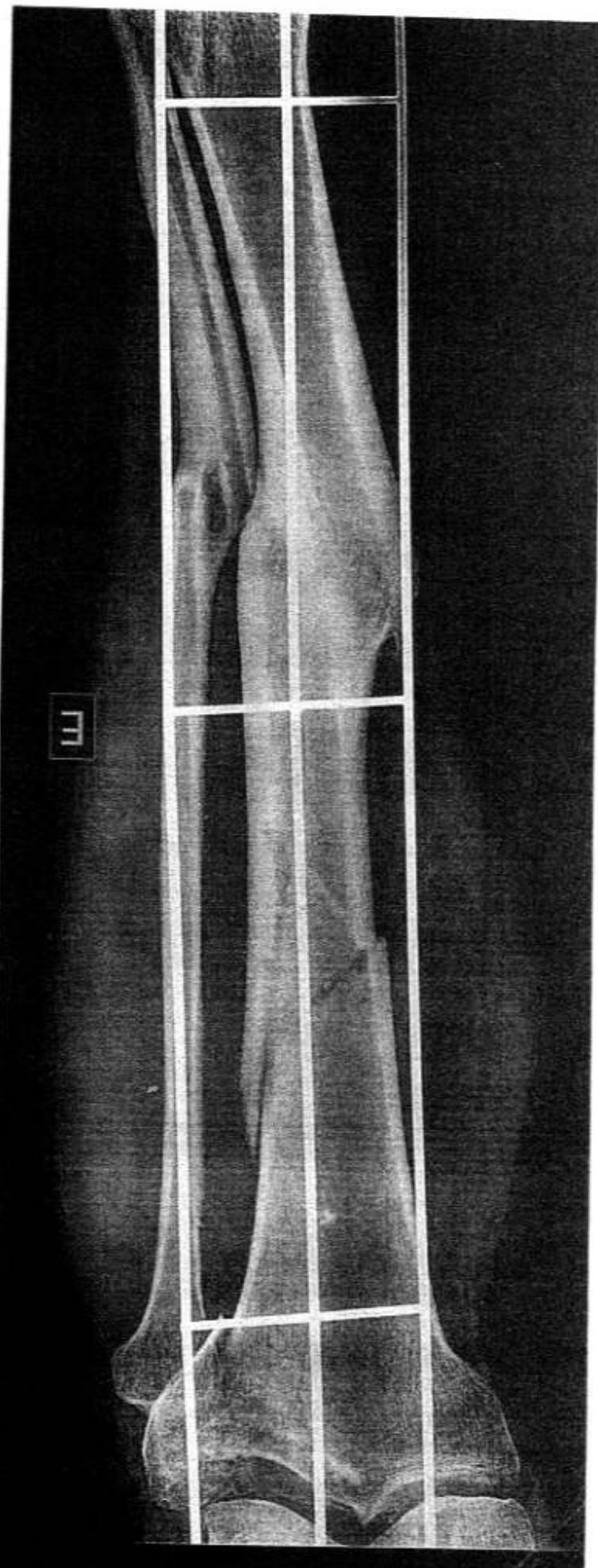
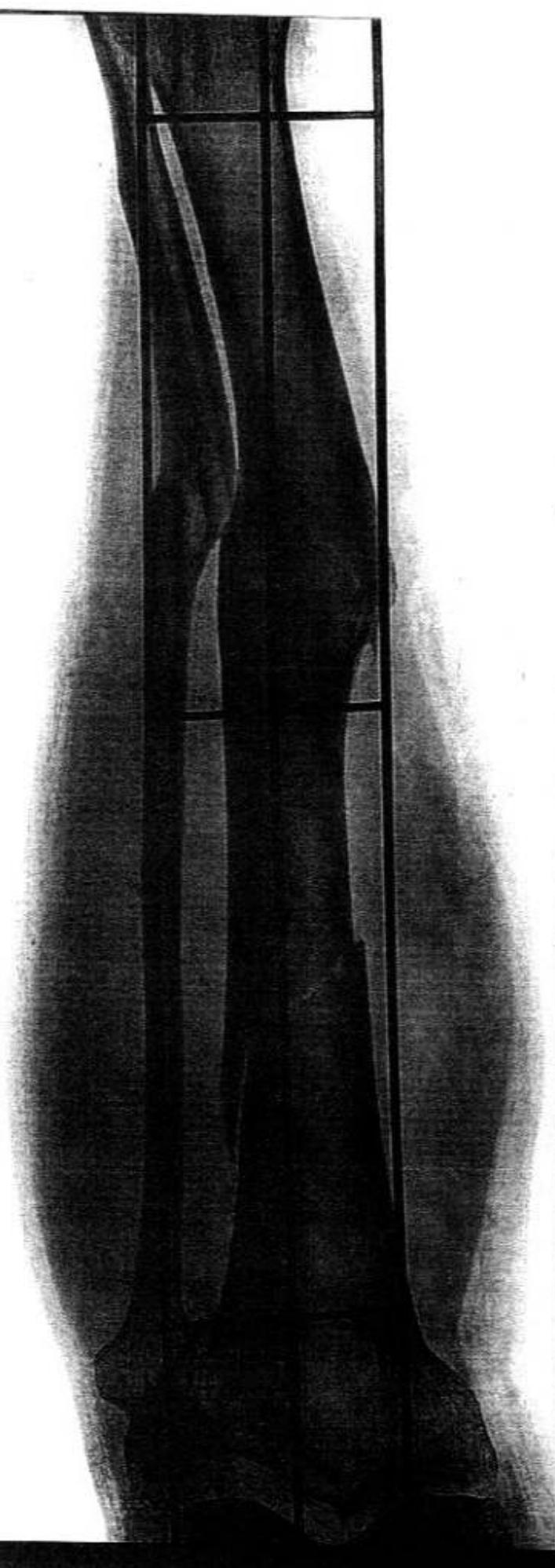
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

curto curto

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

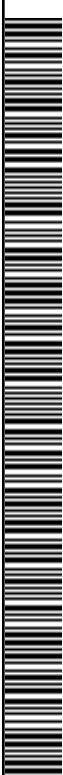
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU 4ZEEW GTAC3ZQYZA





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU4ZEEW GTAC3 ZQYZA





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

EVOLUÇÃO MÉDICA

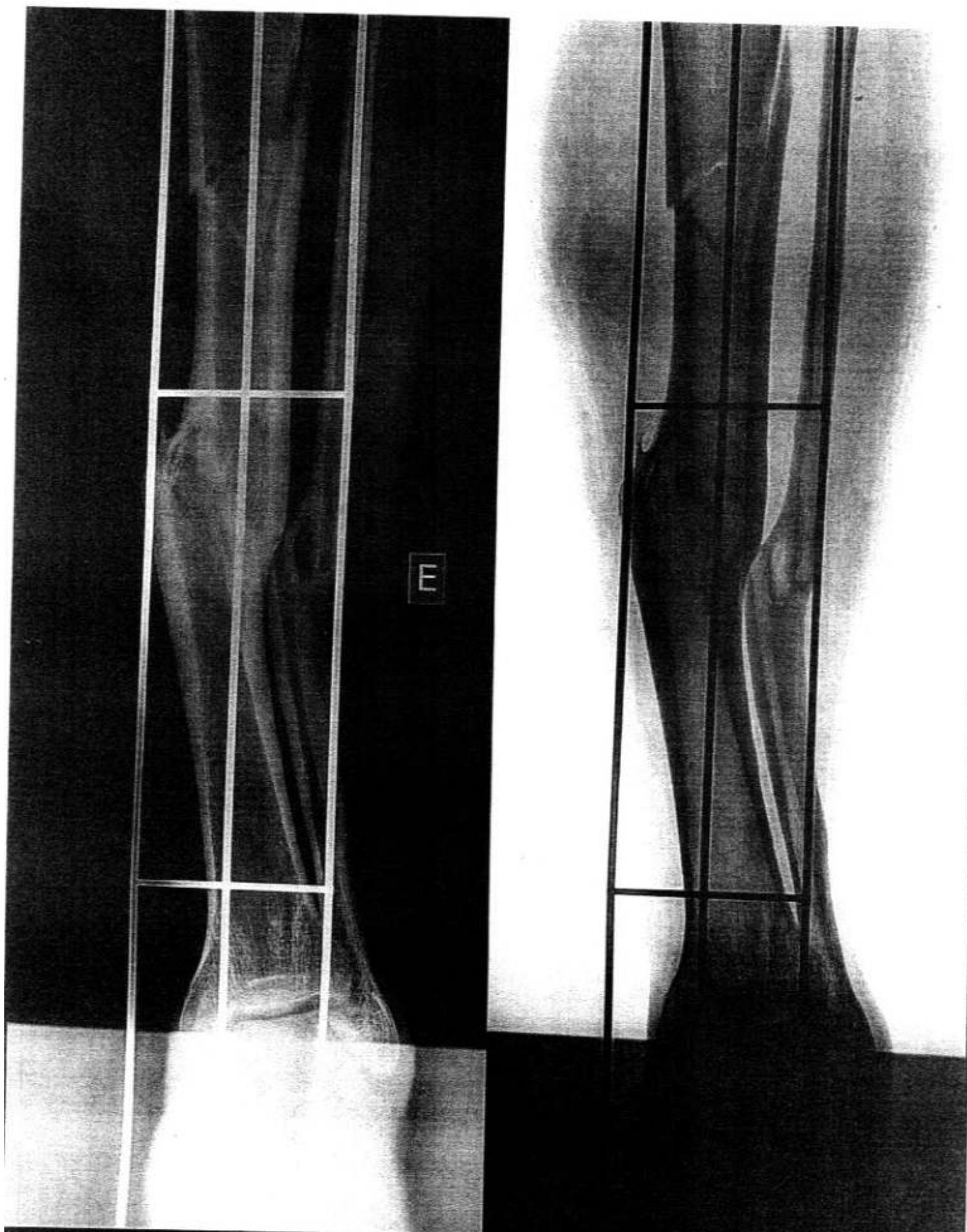
PACIENTE: PEDRO CARLOS BERGHAHN

PRONTUÁRIO N°

234956-08

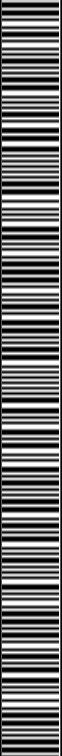
DN: 06/01/1967





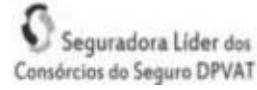
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU4ZEEWGTAC3ZQYZA







RECEBIMENTO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344044

Cidade: Mucajáí

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 tibia 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 atrofias 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

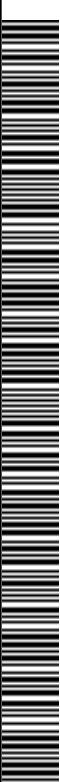
Conduta mantida:

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 - Mucajá/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.

[Vitima 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.

[Vitima 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 atrofias 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"

() "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 ás 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:

Vitima 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 Oliveira Mendes Almeida
Médica do Trabalho
CRMRR 1032
RQE: 177



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Ricardo Carlos Berghahn
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: autônomo
CPF: 415.978.421-68 ESTADO CIVIL: Solteiro
BAIRRO: Jardim Sulzle ENDEREÇO: R. Itafayá 363
CEP 69.031-022 CIDADE: Bonito

VÍTIMA: Ricardo Carlos Berghahn
CPF: 415.978.421-68 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Pاباردو
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11- 294 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides, 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.

Bonito RR, 22 de julho de 2020

Ricardo C Berghahn
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECEBIMENTO 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