

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200253443**

**Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA**

**Data do Acidente: 29/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA**

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](http://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 Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253443**      **Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA**

**Data do Acidente: 29/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA**

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 dos ombros

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: MARCELO BESSA FERREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000003887-3**

**Conta: 0000046286-1**

**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](http://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](http://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, 20 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253443**      **Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA**

**Data do Acidente: 29/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253443**      **Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA**  
**Data do Acidente: 29/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCELO BESSA FERREIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000003887-3**

Conta: **0000046286-1**

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](http://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 - N° do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima: 055.131.816.30** 4 - Nome completo da vítima: **Moncelo Bessa Ferreira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Moncelo Bessa Ferreira</b>	6 - CPF: <b>055.131.816.30</b>		
7 - Profissão: <b>Recurso</b>	8 - Endereço: <b>Rua A lenj. 11mida buster</b>	9 - Número: <b>206</b>	10 - Complemento: <b>lava B</b>
11 - Bairro: <b>Tom Sandim</b>	12 - Cidade: <b>Fortaleza</b>	13 - Estado: <b>Ceará</b>	14 - CEP: <b>60110.000</b>
15 - E-mail: <b>profissional_robson@yahoo.com.br</b>	16 - Tel.(DDD): <b>85 9 87627530</b>		

## 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: **RECUSO INFORMAR** 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **3887** CONTA: **46286**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)  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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 Lider 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 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: **Fortaleza, 16 julho 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1014 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 15:13:01**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2019 13:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **R EMILIO DE MENEZES C/ RUA VERBENA , BONSUCESSO - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **MARCELO BESSA FERREIRA**  
Nascimento: **29/04/1982** CPF: **055.131.816-30**  
RG: **2005002051844** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA**  
**JOSE AIRTON FERREIRA**  
Endereço: **RUA A, 206 B**  
Bairro: **GRANJA LISBOA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98854-5342**

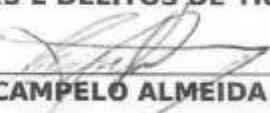
*Dados do(s) Veículo(s)*

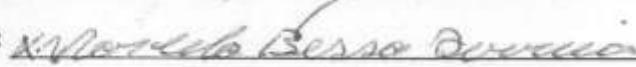
1) Placa: **PNW1495** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810KR247849** Renavam: **1208341020** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **LARANJA** Proprietário: **MARCELO BESSA FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

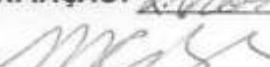
*Histórico*

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNW-1495 NA RUA EMILIO DE MENEZES QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO CEARA PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA E PARANGABA. E NADA MAIS DISSE. ////////////////  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

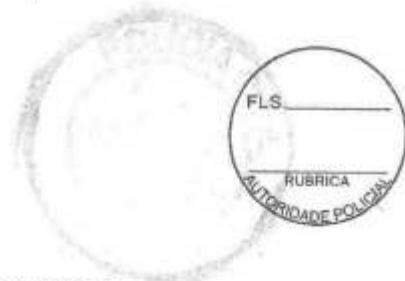
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :   
**FRANCISCO DELÂNIO CAMPEÃO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:   
**Marcelo Bessa Ferreira**

VISTO DO DELEGADO(A) :   
**MBF**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020403969



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301-1014 / 2020**

**MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**



**Governo do  
Estado do Ceará  
Corpo de Bombeiros Militar  
Batalhão de socorro de urgência**

## CERTIDÃO

Nº 11 / 2020.

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, Através do Batalhão de Socorro de Urgência - BSU, Certifica para os devidos fins que a guarnição do Resgate 24, viatura modelo ambulância, atendeu uma ocorrência de acidente de trânsito (Colisão Moto X Moto), No cruzamento da Rua Verbena com Rua Emílio de Menezes – Bairro Bonsucesso, Fortaleza-Ce, às 13:40h do dia 29 de Outubro de 2019, tendo como vítima Marcelo Bessa Ferreira, 37 anos de idade, que foi conduzido ao hospital IJF (Frotinha) da Parangaba.

Quartel em Fortaleza, 03 de Julho de 2020.

Recebi em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2020

CPF/RG \_\_\_\_\_

ANTONIO TARQUISIO SOARES  
SUB TEN BM  
MF: 113 790-1-X

*Antonio Tarquissio Soares*  
ANTONIO TARQUISIO SOARES - ST BM  
Matrícula: 113.790-1-X  
Escalante/aux. Adm do BSU/CBMCE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **055 131 816.30** 3 - CPF da vítima: **055 131 816.30** 4 - Nome completo da vítima: **Marcelo Bessa Ferreira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Marcelo Bessa Ferreira</b>	6 - CPF: <b>055 131 816.30</b>		
7 - Profissão: <b>Recurso</b>	8 - Endereço: <b>Rua A long. Almíndia buster</b>	9 - Número: <b>206</b>	10 - Complemento: <b>lava B</b>
11 - Bairro: <b>Centro Jardim</b>	12 - Cidade: <b>Fortaleza</b>	13 - Estado: <b>Ceará</b>	14 - CEP: <b>60140.000</b>
15 - E-mail: <b>profissional_robson@yahoo.com.br</b>	16 - Tel.(DDD): <b>85 9 87627530</b>		

## 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).

## DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **3887** CONTA: **46286**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 Lider 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: **Fortaleza, 16 julho 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

# 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: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000000046286-1

---

Nr. da Autenticação D7B9C8E53B8EBB96

# 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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000000046286-1

---

Nr. da Autenticação 99F16672F1CCEB97



## ADMISSÃO DE ENFERMAGEM DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ HORA: \_\_\_ : \_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_ (ANOS)  
HD: \_\_\_\_\_ PRONT: \_\_\_\_\_  
ACOMPANHANTE: ( ) SIM | ( ) NÃO CHEGADA: ( ) DEAMBULANDO | ( ) CADEIRA | ( ) MACA  
SEXO: MASC. ( ) | FEM. ( ) GESTANTE: ( ) SIM | ( ) NÃO

### COLETA DE DADOS E HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ESTADO GERAL: Higiene: ( ) Satisfatória | ( ) Insatisfatória

Deambulação: ( ) Sem Auxílio | ( ) Com Auxílio | ( ) Restrito ao Leito

NEUROLÓGICA: Nível de Consciência: ( ) Consciente | ( ) Torporoso | ( ) Inconsciente | ( ) Sedado

Orientação: ( ) Orientado | ( ) Algo Orientado | ( ) Desorientado

RESPIRATÓRIO: Ventilação: ( ) Ar ambiente | Suporte Ventilatório: QUAL: \_\_\_\_\_

Padrão Ventilatório: ( ) Eupneia | ( ) Bradipnéia | ( ) Taquipnéia | ( ) Dispneia

DIGESTIVO: Abdome: ( ) Íntegro | ( ) Plano | ( ) Globoso | ( ) Distendido Dispositivos: \_\_\_\_\_

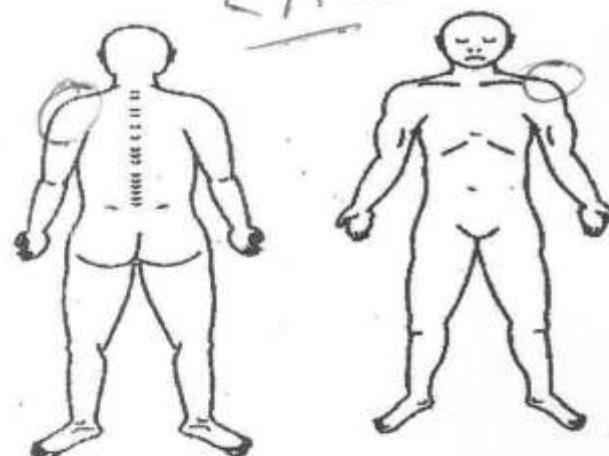
Dieta Zero: ( ) NÃO | ( ) SIM

URINÁRIO

Diurese: ( ) Espontânea | ( ) Hemodiálise | ( ) Sondado | ( ) Bexigoma | ( ) Anúria | ( ) Disúria | ( ) Hematúria

MMSS E MMII E TEGUMENTO: ( ) Hidratado | ( ) Desidratado | ( ) Edemaciado LOCAL: \_\_\_\_\_

### LOCALIZAÇÃO DE LESÕES



LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM | ( ) NÃO GRAU: \_\_\_\_\_

SINAIS DE FLOGÍSTICOS: ( ) SIM | ( ) NÃO

USO DE PRÓTESES: ( ) SIM | ( ) NÃO  
LOCAL: \_\_\_\_\_

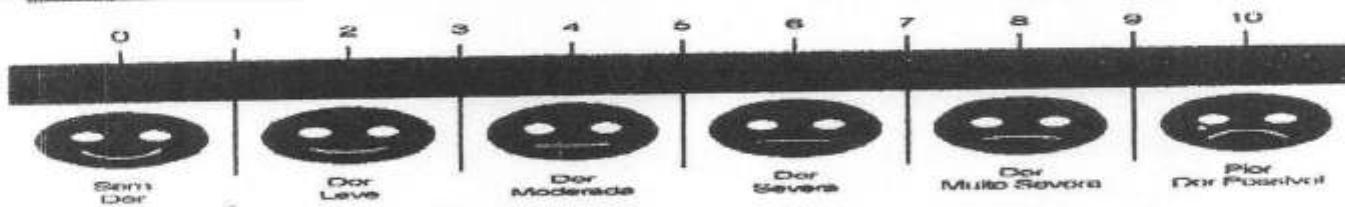
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA: ( ) SIM | ( ) NÃO  
QUAL: \_\_\_\_\_

COMORBIDADES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES DE USO COTIDIANO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: ( ) NEGA | ( ) SIM - QUAL? \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ mmHg P: \_\_\_\_\_ bpm TAx: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %



História da doença atual e queixas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Prontuário	Enferm. ,	Lelto	Data internação	Diagnóstico
			/ /	

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evolui:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**ATENÇÃO:** Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NAME

11:		
16:		
20:		
06:		
Assinatura e carimbo do profissional responsável:		
M.V. / MIN.:		



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARCELO BESSA FERREIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 393585	Nº DO BE 294964
NASCIMENTO 29/04/1982(37 ANOS)		SEXO M	RAC/ETNIA PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05513181630; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2005002051844			
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDERECO AVENIDA OSCAR ARARIPE 3540 GRANJA LISBOA	
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	CONTATO (85) 88545-342
CEP 60.540-442		OCORRÊNCIA	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO COLISÃO MOTO X MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALBÚMÍNIA NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LARA JALES RODRIGUES FARIA	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 29/10/2019 14:43:39	

ANAMSESE

*Percebeu que o paciente tem que ir para casa*

*Percebeu que o paciente tem que ir para casa*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CÓD.
SAD/DOCU/DO:	( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIC-X ( ) OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Percebeu que o paciente tem que ir para casa</i>	<i>03/11/2019</i>	<i>03/11/2019</i>
<i>Percebeu que o paciente tem que ir para casa</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) FIML ( ) ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 29/10/2019 14:43:41
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por lara jales rodrigues farias em 29/10/2019 às 14:43:41  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*Marcelo Bessa Ferreira*

## FICHA DE CADASTRO E ATENDIMENTO

### DADOS CADASTRAIS

Registro: 40849

Nome: MARCELO BESSA FERREIRA

*Walter Cândido de Oliveira*  
Data Nasc: 29/04/1982

Nome da Mãe: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA

Nome do Pai:

Município: FORTALEZA

CEP: 60340440

Endereço: OSCAR ARARIPE,3540

Bairro: BOM JARDIM

Telefone de Contato: - 8588545279 -

Documentos: CI: 2005002051844,

CPF:

Responsável pelo paciente: Telefone de Contato:

Em caso de Urgência comunicar:

Usuário: NATANSILVAC

### DADOS DO ATENDIMENTO

Tipo de Atendimento: INT

Data Atendimento: 30/10/2019

Hora: 10:30:11

Convênio: PARTICULAR

Categoria: PARTICULAR

Unidade: UNIDADE C

Observações:

Médico: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

### CONDição QUE JUSTIFCAM A INTENaO:

### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

MEDICAÇÃO PRESCRITRA:

CID:

*5420  
5472*

*Walter Cândido de Oliveira  
Ortopedia e Trauma  
CRM 1844*  
MÉDICO RESPONSÁVEL

**FICHA DE INTERNACÃO HOSPITALAR**  
**ANAMINESE DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA

, REGISTRO: 40849

IDADE DO PACIENTE: 37 anos 6 meses 1 dia

DATA DE NASCIMENTO: 29/04/82 NÚMERO DO CNS:

NOME DA MÃE: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA NOME DO PAI: «030»

ENDEREÇO: OSCAR ARARIPE NÚMERO: 3540 BAIRRO: BOM JARDIM

RG: 2005002051844 ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:

TELEFONE PARA CONTATO:

**DADOS DA INTERNACÃO**

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/10/19 HORA: 10:30:11

MÉDICO: WALTER CANDIDO DE OL CRM: 7841 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA

CONVÊNIO: PARTICULAR CATEGORIA: PARTICULAR

QUARTO/LEITO: APART QUARTO 2 - 2-1 UNIDADE: UNIDADE C

**RESUMO DE TRATAMENTO**

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Marcelo Bessa Ferreira  
Injerto de  
fascio*

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO  A PEDIDO  MELHORADO  INALTERADO

TRANSFERIDO: \_\_\_\_\_

OUTRA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

DATA DA ALTA: 31/10/19

HORA DA ALTA: 09:00

MARACANAÚ,

Walter Cândido de Oliveira  
CRM-7841  
Ortopedia-Trauma

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

D. M. M. B.  
 E. B. S. P. e C. G.  
 O. P. R. C. T. R. I. F. C.  
 T. C. C. C. T. P. C.  
 P. A. S. A. T. I. A.

Walter Cardoso de Oliveira  
 CRM 7841  
 Ortopedista-Traumato

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

30-10-2013

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar



Convenio:SIM/SUS - INAMPS

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE		DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
			ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO

E

pacie

MARCELO BESSA FERREIRA

40849

Técnico

## » Dados da Reclamação

**Protocolo:**

2463179/2020

**Situação:**

Encaminhamento automático

**Via:**

Internet

**Reclamada:**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.**Data:**

19/08/2020 08:09:27

## » Dados do reclamante

**Segurado:**

Marcelo Bessa Ferreira

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

055.131.816-30

## » Formas de contato

**E-mail:**

PROFISSIONAL\_ROBSON@YAHOO.COM.BR

**Endereço:**

Rua A Conjunto Almeida Lustosa, 206, Casa B

**Bairro:**

Bom Jardim

**CEP:**

60.110-000

**Cidade:**

fortaleza

## » Dados da denúncia

**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Prezado Sr analista. Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, venho por meio desta solicitar a revisão do sinistro hora mencionado, haja visto que não fui avaliado por um profissional adequado para que fosse elaborado um parecer compatível com minhas lesões, me fazendo discordar do parecer atual. Sr analista, peço muito respeitosamente que revise meu processo, e que seja agendada uma perícia médica para que então seja comprovada a gravidade de minhas sequelas, e eu possa ser enquadrado na atual tabela de indenizações de acordo com os termos da Lei nº 6.194, de 1974.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Não

## » Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200253443	

FRANCISCO MARDÓNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

**RELATÓRIO MÉDICO**

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Wenceslau Bessa Fimene*

vítima de acidente de trânsito, em 29/10/2019, sofreu:

*lutarão adomisclados calon tóf  
CID- 543.1*

e submeteu-se a tratamento(s): *Cirúrgico  
Medicamento e Fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*cicatriz no ombro esquerdo  
Dormência dos dedos e da  
extensão do ombro esquerdo  
fadiga e cansaço precoce no  
ombro e episódio de dor  
inabilitade de trabalho.  
Inabilidade de sedentar  
atividade de sedente  
o 1/2 mês definir fui*

Dr. Fco. Mardônio Salmito Almeida  
Médico - CRM 4411  
Ortopedia / Traumatologia

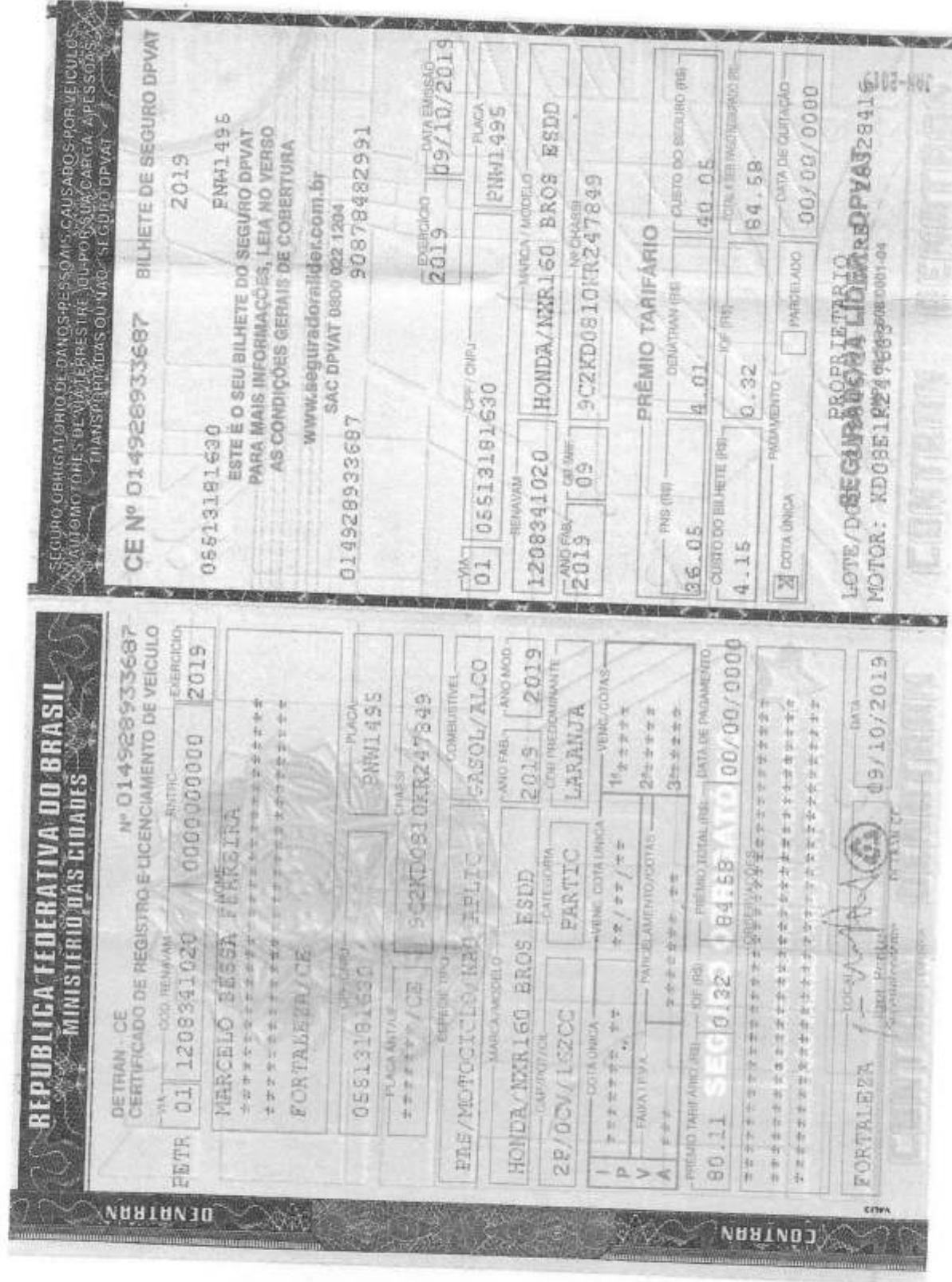
Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

11  
12/08/2020

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200253443      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO BESSA FERREIRA      **Data do acidente:** 29/10/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 21/07/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200253443      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO BESSA FERREIRA      **Data do acidente:** 29/10/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura - luxação do ombro esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizada fixação interna e posterior fisioterapia  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional severo em ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/08/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima indenizada anteriormente em 50 % do ombro esquerdo, após nova avaliação recebe indenização complementar.

**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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

**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: **3200253443**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO BESSA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA A, 206, , Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / 2005002051844**

Data e local do acidente: **29/10/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **25/08/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura - luxação do ombro esquerdo**

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

**Realizada fixação interna e posterior fisioterapia.**

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

**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

**Bloqueio grave do arco de movimento do ombro associado a hipotrofia muscular**

**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 às regiões corporais acometidas.

**Ombro Esquerdo - Intenso - 75%**

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

VÍTIMA APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO NO MOMENTO DA PERÍCIA QUE CONSTA A LESÃO SUPRACITADA. SOLICITO CONFIRMAR COM A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PARA A SEGURADORA , JÁ QUE NÃO CONSTA NAS ORIENTAÇÕES DESTE LAUDO ELETRÔNICO.



Dr. André Petras Cury  
Médico - CREMEC 9850

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199803/20

**Número do Sinistro:** 3200253443

**Vítima:** MARCELO BESSA FERREIRA

**CPF:** 055.131.816-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/10/2019

**Titular do CPF:** MARCELO BESSA FERREIRA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020  
Nome: MARCELO BESSA FERREIRA  
CPF: 055.131.816-30

MARCELO BESSA FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva