
Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200400989

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RUTH BATISTA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/07/2020, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 12400/2020 - Registrado em: 07/10/2020 às 13h 19min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/07/2020 às 10h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: N11

Bairro: PINTOLANDIA

Referência: CRUZAMENTO COM S17

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RUTH BATISTA DE SOUSA(28), nascido(a) em 15/03/1992, sexo FEMININO, união estável, CPF Nº 064.418.933-98, País: BRASIL, natural de BURITICUPU-MA, filho(a) de NAIDE BATISTA DE SOUSA e , endereço: JARDIM, Nº: 138, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: B08 AP402, Telefone: (95) 99164-5029.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ESPECIE/TIPO: HONDA/POP 110I PLACA: NUK8J96 ANO: 2020/2020 CHASSI: 9C2JB0100LR039472

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 11/07/2020 APROXIMADAMENTE AS 11:40 H NA AVENIDA N11 NO BAIRRO PINTOLANDIA, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ POP 110I DE PLACA NUK8J96 CHASSI 0C2JB0100LR039472 DE MINHA PROPRIEDADE , QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA S17 UM CAMINHAO INVADIU A PREFERENCIAL CAUSANDO A COLISÃO. QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE. QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS E FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS AO HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Ruth Batista de Sousa
RUTH BATISTA DE SOUSA
COMUNICANTE



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:

4 - Nome completo da vítima:

06441893398 RUTH BATISTA DE SOUZA

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

5 - Nome completo:

RUTH BATISTA DE SOUZA

06441893398

7 - Profissão:

AGILPERA

8 - Endereço:

AV JARDIM BOB A402

9 - Número:

138

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CID. SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317529

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

95991168367

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
☐ 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:

3406

CONTA:

00003415

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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)

☐ 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 ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (ou nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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.

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

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 05/11/2020

X Ruth Batista de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0133290-2

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5972917 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	21/10/2020	193	150,90

MARIA JOSE DE OLIVEIRA
AV JARDIM 138 B08 A402-ACAI - CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	11/09/2020	Anterior:	12/08/2020	Próxima leitura:	13/10/2020
Emissão:	10/09/2020	Apresentação:	11/09/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1715019	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	5767							
Leit. Anterior	5574							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	193							
Faturado:	193							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	193 A R\$ 0,748099 =	144,38
ILUMINACAO PUBLICA		6,52

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA A DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RUTH BATISTA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933, 98

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEZ da Vítima RUTH BATISTA DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933, 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

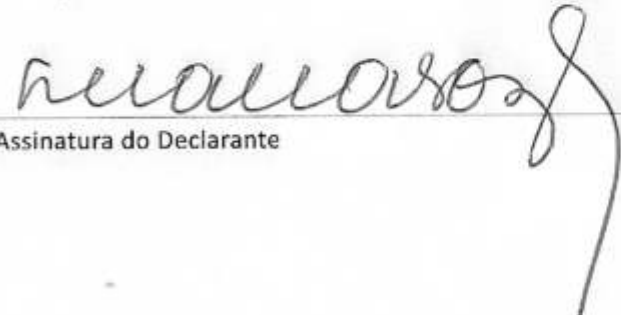
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

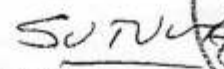
☒ Recuso informar

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>R: SDPM JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PARANÁ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>	Tel. (DDD): <u>95 991168367</u>	

Local e Data: BOA VISTA, 05/11/2020


Assinatura do Declarante



ORTOPEDIA

Tram on 11/15/20

14 of 12 2 WTC 11/15/20

on: instructions of 1st WTC
1st WTC + 2nd WTC
1st WTC + 2nd WTC

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 823

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass: 11/15/2020

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



polegar direito



Ruth Batista de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 395621-0

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2019

NOME
RUTH BATISTA DE SOUZA

FILIAÇÃO

NAIDE BATISTA DE SOUSA

NATURALIDADE
BURITICUPU - MA

DATA DE NASCIMENTO
15/03/1992

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 151587 FLS 121 LIV 130

SANTA LUZIA-MA

CPF

064.418.933-98

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Político-criminal de Polícia Civil
Diretor de ROR

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RUTH BATISTA DE SOUSA

Identidade: 3956210 SEPS/RR CPF: 064.418.933-98

Naturalidade: BURITICUPU/MA Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL Profissão: AGENTE DE LIMPEZA

Endereço: AV JARDIM, 138 B08 AP402 QUADRA AÇAÍ – CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-529

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de julho de 2020.



Ruth Batista de Sousa

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200400989 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 11/07/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00