
Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189828

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189828 Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

Data do Acidente: 22/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189828

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: VICTOR BARBOSA HIGINO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 000000043425-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

127118034 06

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127118034 06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

13 - Estado:

PE

9 - Número:

157

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

55820-000

 16 - Tel. (DDD):
 (81) 99900-9994

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:

1242

CONTA:

00043425

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

30 - Vítima deixou nascer (vivo/nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34 -

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 23-03-2020

Victor Barbosa Higino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Esgurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO CARRO - DP56ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0146000031

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020** às **15:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **22/12/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 PROXIMO FEIRINHA DO TROCA** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUASE EM FRENTE AO POSTO ROJÃO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESOCNHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR (OUTRO)
ALINE MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)
VICTOR BARBOSA HIGINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VICTOR BARBOSA HIGINO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESOCNHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

VICTOR BARBOSA HIGINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA LEONCIO BARBOSA** Pai: **COSMO MARIANO HIGINO** Data de Nascimento: **20/1/1998** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9239107/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 993727814**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 157, RUA 14 - CEP: 0 - Bairro: JOSE FERNANDO LOBO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CHAFARIZ**

DESOCNHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALINE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, RUA 06 - CEP: 0 - Bairro: JOSE FERNANDO LOBO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO FRIGORIFICO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

22/01/2020

Boletim de Ocorrência

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VICTOR BARBOSA HIGINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PEG6821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1670CR444167**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESOCNHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESOCNHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA, VICTOR BARBOSA HIGINO, VEIO A ESTA DP INFORMAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN 150 PLACA PEG 6821 PELA PE 90, NA ALTURA DO POSTO ROJÃO CARPINA -PE, MOMENTO EM QUE ATRAVESSOU NA REFERIDA RODOVIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 COR VERMELHA, ONDE NÃO FOI POSSIVEL PARAR A SUA MOTOCICLETA COLIDINDO LATERALMENTE COM O A MOTOCICLETA NA QUAL O CONDUTOR DESCONHECIDO ATRAVESSOU SEM OBSERVAR O FLUXO DA PE 90, CULMINANDO NA QUEDA DE AMBOS, SENDO QUE A VITIMA VICTOR SOFREU FRATURA NO ROSTO, PRINCIPALMENTE NA MANDIBULA E MAXILAR SEGUNDO CONSTA NO PRONTUARIO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, O QUAL FOI ENCAMINHADO DEPOIS DE TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UNIDADE MISTA DO CARPINA -PE, A TESTEMUNHA ESTAVA NA GARUPA E NADA SOFREU, APENAS ARRANHÕES NO OMBRO E NA PERNA, ENQUANTO O CONDUOTR CAUSADOR TAMBEM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE DE SAUDE, POREM NÃO E DE CONHECIMENTO AGERCA DE SEU ESTADO DE SAUDE NO MOMENTO, ASSIM ENCERRA ESTE B.O.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Victor Barbosa Higino
VICTOR BARBOSA HIGINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA CASTRO** - Matrícula: **319921-5**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3020140000031

DELEGADO DE POLÍCIA
POLÍCIA CLASSE DE HOMICÍDIO
SECRETARIA DE POLÍCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE HOMICÍDIO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

127118034 06

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127118034 06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

9 - Número:

157

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 99900 4994

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:

1242

CONTA:

00043425

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



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 -

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 23-03-2020

Victor Barbosa Higino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Esgurador (se houver)

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:

127-118-034-06

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127-118-034-06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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:

1242

CONTA:

000434257

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

30 - Vítima deixou nascituro (valnascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 30-05-2020

Victor Barbosa Higino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR BARBOSA HIGINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000043425-7

Nr. da Autenticação 04C8760E6E0ECD85



DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LEONCIO BARBOSA

CPF: 030 065 944-01

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
080755988	UNICA	30/12/2019
IDENTIFICADOR	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
00120019	000587779	1634970

NOTA FISCAL - FATURA - CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - São Vito, Recife - PE CEP 50060-002
CNPJ 10.936.932/0001-08 | Insc. Est. 302840-01 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA QUATORZE 147

LOTTO JOSE FERNANDEZ LOBO LAGOA DO
LAGOA DO CARRO PE
55829-000

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
2477609018	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/01/2020	93,81

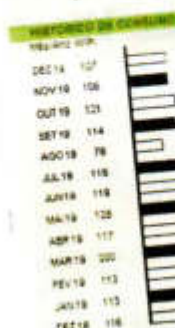
Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 083156265-29/10/19
Multa por atraso-NF 089927868-29/11/19
Juros por atraso-NF 089927868-29/11/19
Atas 29/10/19-NF 089927868-29/11/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
107,000000	0,75727874	81,02
		1,84
		0,37
		7,80
		0,77
		1,75
		0,11
		2,02

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MC17403	CAT	28/10/19	24.827,00	30/12/19	26.034,00	32	1.000,00		107,00



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO PARA O CONSUMO
ICMS	83,23	25,22
PIS	83,23	0,44
COFINS	83,23	3,02
		1,80

TARIFAS APLICADAS	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	0,54613000

RESERVAÇÃO NO PREÇO
3313 86C3 314C CFEB (BAC) 4169 2545 5803

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo para não sofrer de interrupções de energia. Para evitar transtornos, siga as orientações gerais de segurança e evite sobrecarregar os circuitos elétricos. O cliente deve manter o contrato em vigor e a fatura em dia. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000. O cliente deve manter o contrato em vigor e a fatura em dia. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000. O cliente deve manter o contrato em vigor e a fatura em dia. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

VENDEDORES DE ENERGIA ELÉTRICA	DEBITO	VALOR
VENDEDORES DE ENERGIA ELÉTRICA	DEBITO	VALOR
VENDEDORES DE ENERGIA ELÉTRICA	DEBITO	VALOR

Este comunicado não substitui avisos de débito anteriores e não contém status em relação a qualquer débito. Caso o consumidor não pague no prazo, poderá sofrer de interrupções de energia. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010) e tarifas aplicadas, estão disponíveis e podem ser consultadas no site www.celpe.com.br.

QUANTIDADE E PRECISÃO DAS INTERFERÊNCIAS	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO
CONSUMO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO	VALOR APLICADO
CARREGA	2,25	5,35	10,52
	1,00	3,20	6,40
	2,25	5,35	10,52

Linha DCE 12,22

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 31,82

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
220	202	231

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,81

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).
CID:S02.8
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;
BMM DIA 29/12/2019;
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

Observação:

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;
MANter HIGIENE ORAL;
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.
TRAZER EXAMES;
ACEITO ENCAIXEI

Dr. Demostenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
CRO-PE 13.314

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRO: N°.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).
CID:S02.8
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICLIAR.

Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;
BMM DIA 29/12/2019;
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

Observação:

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;
MANter HIGIENE ORAL;
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.
TRAZER EXAMES;
ACEITO ENCAIXEI

Dr. Demostenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
CRO-PE 13.314

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRO: N°.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0080623

Prontuário: 00044659-9

Idade: 21 ANOS, 10 MESES E 26 DIAS

Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO

Dt. Nasc.: 26/01/1998

Sexo: M

Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: LOT JOSE FERNANDO LOBO, Nº 157

Cidade: LAGOA DO CARRO/PE

Bairro: CENTRO

Documento:

CNS:

Mãe: JOSEFA LEONCIO BARBOSA

Sisprenatal:

Nac:

Tel.: (81) 9498-7239

Profissão:

Pai:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
22/12/2019 19:09	0080623	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	180x60			

Queixas / Diagnóstico

Paciente vítima de acidente de moto (com capacete), (moto-moto) mega vômito e síncope, apresenta escoriações e lesões corte contuso em face e aberturas em palato duro com perda dos dentes incisivos superiores centrais e laterais e incisivo inferior.

Tratamento

1) Tranquil, 01FA + 100ml 55.0.9% (Suspendo).

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Tela saída:

Data da impressão: Domingo, 22 de Dezembro de 2019 às 20:09

Recepcionista: TATIANA KARLA

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

PA: 180x60 - H₂

P/ Victor Barbosa Higina
21 anos.

Paciente vítima de acidente
de moto - moto (com capacete)
refere dor intenso e face.
Apresenta escoriações e
lesões cortocontusas em
face e abertura e palato
dura com perda dos dentes
incisivos superiores centrais
e laterais e incisivo lateral inferior.
Nega vômito e síncope, mas
apresenta desorientação.
Relato orientado com lesões
cortocontusas MSD e MID.

Solicite senha para avaliação
reino e leucomaxilas.
Hospital - HR

senha: 5843417

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060

22/12/19

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).
CID:S02.8
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICLIAR.

Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;
BMM DIA 29/12/2019;
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

Observação:

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;
MANTER HIGIENE ORAL;
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.
TRAZER EXAMES;
ACEITO ENCAIXEI

Dr. Demóstenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
CRO-PE 13.314

DEMÓSTENES ALVES DINIZ - CRO: Nº.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.239.107 25/03/2014

RECIFE - PE

<< VICTOR BARBOSA HIGINO >>

<< COSMO MARIANO HIGINO >>

<< JOSEFA LEÔNIO BARBOSA >>

RECIFE - PE

26/01/1998

<< CN.13074 L.34 F.213 CART LAGOA DO CARRO-PE 23.03.1998 >>

3131

08R59

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAÇOS BIOLÓGICOS

Victor Barbosa Higino

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

127.118.034-06

Nome

VICTOR BARBOSA HIGINO

Nascimento

26/01/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189828 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MAXILA-(LE FORT I E LANNELONGUE)
FRATURA DA MANDÍBULA (CÔNDILO À DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- MAXILA E CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES(P.1)

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Documentos
complementares:**

Observações: PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS- SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147674/20

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

CPF: 127.118.034-06

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICTOR BARBOSA HIGINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VICTOR BARBOSA HIGINO : 127.118.034-06

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: 25/05/2020
Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO
CPF: 127.118.034-06

VICTOR BARBOSA HIGINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147674/20

Número do Sinistro: 3200189828

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

CPF: 127.118.034-06

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICTOR BARBOSA HIGINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-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 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: 30/05/2020
Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO
CPF: 127.118.034-06

VICTOR BARBOSA HIGINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189828 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MAXILA-(LE FORT I E LANNELONGUE)
FRATURA DA MANDÍBULA (CÔNDILO À DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- MAXILA E CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES(P.1)

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Documentos
complementares:**

Observações: PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS- SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00