

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

Descrição do exame físico: EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.
COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA , COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO
ALTA EM 27/07/2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do acidente: 14/07/2018

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE
SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

Descrição do exame físico: EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO FÍSICO: EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONADAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.
COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA , COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO
ALTA EM 27/07/2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

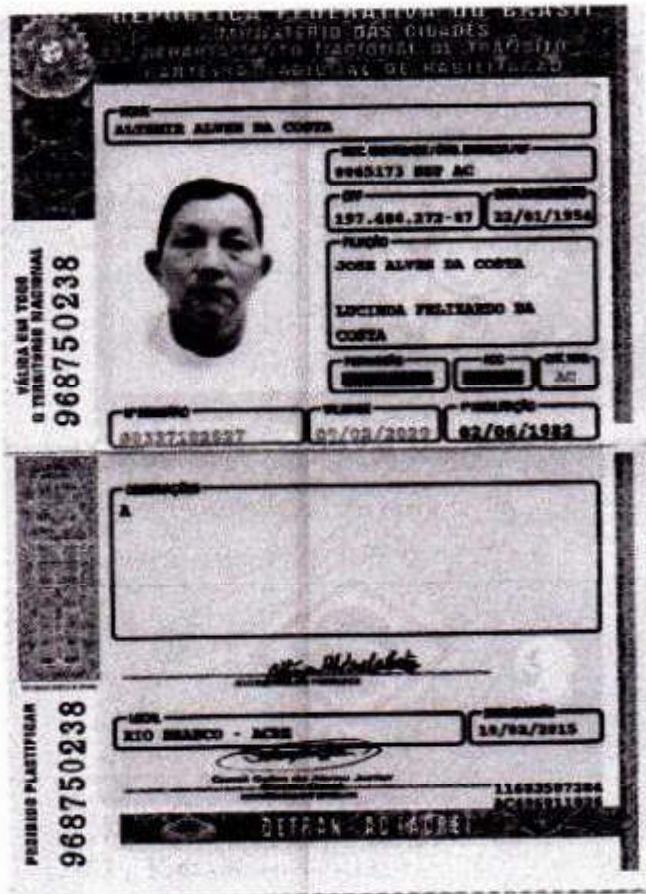
Data da entrega: 14/12/2018
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Fauto

Paciente que o M. Altemir Alves da Costa
sofreu acidente de trânsito 14/02/18
apresentando fratura de unha distal
e olecranon corrodida - fratura subun.
tida a cirurgia ecolástica com osteomis.
tão em placa e próteses no osso
distal e óssea de túnica no olecranon
dirícto.
Evolução com cicatriz eranítica de 30 cm
na face posterior do cotovelo (1), limitação
na flexão 90° e extensão 45° de cotovelo
(1), monosíntese 40° e redução de
foram seduz no momento
posterior é posterior de fixação de
fratura e de alta médica.

DATA 10/01/19

ASSINATURA DO MÉDICO



Dr. Silvano C.
Médico Ortopedista
CRM 452-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05

RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE

CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altemir Alves da Costa,
RG nº 065173, data de expedição 23/08/18,
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 537480272-87, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TJ Benfim (Avol), nº 80,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Altemir Alves da Costa, cujo o condutor era
Altemir Alves da Costa.

Veículo: Moto
Modelo: C650 FAN ESD
Ano: 2014
Placa: ALX 3522
Chassi: 3C2K C J680ER 526 382
Data do Acidente: 10/12/2018
Local e Data: Rio Branco, 10/12/2018



Altemir Alves da Costa
Assinatura do Declarante

Altemir Alves da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



155

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2567837 DATA: 14/07/2018 HORA: 16:51 USUARIO: KHERLLY
 CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALTEMIR ALVES DA COSTA DOC...: C.SUS
 IDADE.....: 64 ANOS NASC: 22/01/1954 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECHO....: RODOVIA AC 40 KM 9 RAMAL DA PALHEIR NUMERO: 00000
 COMPLEMENTO...: BAIRRO:
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE..: JOSE ALVES DA COSTA /LUCINDA FELIZARDO DA COSTA
 RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL...: 92370638
 PROCEDENCIA...: CORRENTE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [145 x 78 mmHg] PULSO [78] TEMP. [] PESO[] FC[] SPO2[96]

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
 em ero de color cervical e mancha negra na regiao retim da coluna cervical x moto ha cerca de 4 horas. (A) Vias aeras pernas; cervical intagra. (B) Espinico; (C) Esterno hemodinamicamente. (D) Glargue 14. (E) Alergia a ibuprofeno (sic).

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Dipirona 1g + tilitil 50mg IV
- ② Cetazolina 1g IV
- ③ RAIOS X: lombosacral, ontubrago (D)
- ④ Alta da cirurgia geral, aos cuidados do ortopedico.

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): Luis Antunes

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

16/07/18. 8:50. Mto (p)
 maluco, apesar de ter recebido a entranha
 no aparelho da TC.

Carlos Roberto de Alencar e Silva
 Enfermeiro
 COREN - AC 395.715



CEDIMP

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

DR. MÁIRA & MARCOS PARENTE

Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Idade: 64 A

Data: 06/12/2018

Atendimento: 72388



RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diafise distal do úmero.

Artrose umero-ulnar.

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diafise distal do úmero.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

LAUDO DESCRIPTIVO.


DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLÓGISTA

CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIODIAGNÓSTICO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Altomir Alves da Costa

RG nº 065.173 data de expedição 23/05/18, Órgão SSP / Me

CPF nº 197.480.272-87, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tv. Benfica</u>
Número	<u>80</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Benfica</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69.909-710</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3322-8871 / (68) 33847 7280.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 5/12/18

Assinatura do Declarante: Altomir Alves da Costa



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1807140074, de 14/07/2018, às 16:01 horas, registrada pelo SAMU como: COLISÃO CARRO X MOTO, com 01 vítima, trata-se da vítima ALTEMIR ALVES DA COSTA.

Rio Branco, 04 de DEZEMBRO 2018.

Necila Fernandes de Souza
Direção de enfermagem





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 024974/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2018 08:52 Data/Hora Fim: 12/11/2018 08:57
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: José Aníbal Têncio Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional

Data/Hora do Fato: 14/07/2018 16:15

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: VIA CHICO MENDES

Bairro: Corrente

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALTEMIR ALVES DA COSTA (VITIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Xapuri Sexo: Masculino Nasc: 22/01/1964

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lucinda Felizarda da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 197.480.273-67

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: ROD. AC-40 KM 09

Nº: 80

Complemento: RAMAL DA PALHEIRA

Bairro: VILA ACRE

Telefone: (68) 99955-7559 (Celular)



Nome Civil: CLOVIS ALVES DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 24/12/1933

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Regina Maciel de Souza

Nome do Pai: Auteliano Alves de Souza

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 16776

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.219.312-20

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: A. Principal

Nº: 168

Complemento: Q/B6

Bairro: Santa Helena

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 024974/2018-A03

Telefone: (68) 99910-7925 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo **Subgrupo:** Motocicleta/Motoneta
Placa: QLX9522 **Número do Chassi:**26382
Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014 **Cor:** Vermelha
UF Veículo: Acre **Município Veículo:** Rio Branco
Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI **Modelo:** HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não **Quantidade:** 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvidos
Altemir Alves da Costa	Proprietário
Grupo: Veículo Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete	
Placa: QLU7773 Número do Chassi:07383	
Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018 Cor: Marrom	
UF Veículo: Acre Município Veículo: Rio Branco	
Marca/Modelo: MMC/TRITON SPORT HPE Modelo: MMC/TRITON SPORT HPE	
Veículo Adulterado? Não Quantidade: 1 Unidade	
Situação:	Envolvidos
Nome Envolvido	Envolvidos
Clovis Alves de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO A ESTA REGIONAL INFORMAR QUE ESTAVA SAINDO DA ROTATÓRIA DA CORRENTE NA SUA MOTOCICLETA, PLACA QLX 9522, QUANDO O AUTOR COLIDIU COM ELE, ESTE CONDUZIA UMA CAMINHONETE TRITON SPORT PLACA QLU 7773. O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO BRAÇO DIANTE DO FATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Dano de Souza Matos
Responsável pelo Abandono

Altemir Alves da Costa
(Comunicante/Vítima)

Declaro sob a minha responsabilidade que fui ouviu o comunicante e forneci-lhe todas as informações acima mencionadas e certifico que souber responder corretamente para prestar declaração que dei no que concerne ao presente fato, conforme previsto nos Artigos 139, 140, 141 e 142 do Código de Processo Civil e no Código Penal Brasileiro.



José Antônio Timoco Filho
Delegado(a) de Polícia

VITIMAS	82 NOME ALTEMIR ALVES DA COSTA	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 20/01/1954
	85 ENDEREÇO RUD. AC 60 KM 09 TV BENÉFICO DAMAL PALHEIRA	86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N° 21 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA AO PONTO SOCORRO PELA SAMU	88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	91 NOME	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
 TELEFONEI QUE HOUVE UMA COLISÃO ENTRE V1 E V2,
 QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DO V1 E UMA POSSÍVEL
 FRACTURA NO BRAÇO DIREITO, QUE A SAMU COM PARCEL NO LOCAL
 E CONDUZIU AO PONTO SOCORRO. QUE SEGUNDO O V2 O
 MESMO TRAVASSE NO SENTIDO BAINHO-CENTRO HUANDO A REALI-
 ZAR A ROTATÓRIA OCORREU A COLISÃO O MESMO NÃO SÓ DE EXPLICAR
 O OCORRIDO. QUE A POLICIA TECNICA COMPARECEL NO LOCAL PARA FAZER
 OS PROCEDIMENTOS CABEÇAIS O VEÍCULO DO V1 FOI 7.47.475-27-49
 SEU FILHO O SP- AURICELIO SOUZA DA COSTA, CPF: 777.967.375-27-49
 A. QUE FOI REALIZADO O TESTE DO RAPORTADOR NO V1 UM RESULTADO QUE
 O V1 ESTAVA IMPOSSIBILITADO, POEM NÃO APESAR DA LENDA SINAL DA IMPOSSIBIL

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO BPRB/PMAC
105 NOME ALTEMIR ALVES DA COSTA	106 NOME Louis Alves de Souza	107 NOME / RG SP MALEK / 4646
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA José da Silva de Souza	110 ASSINATURA Alvaro Babys de Souza
111 LOCAL RIO BRANCO, AC		112 DATA 14/10/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

597.480.272-87 Altemir Alves da Costa

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

Nome completo:

Altemir Alves da Costa

CPF:

Profissão:

Endereço:

Tv. Benfica

Número:

Complemento:

Bairro:

Benfica

Cidade:

Rio Branco

Estado:

AC

CEP:

69709-710

E-mail:

Tel.(DDD):
(68) 33018871

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0534**

03

CONTA: **16239**

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(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 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.

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):

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou | 14 DEZ 2019 |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | Bradesco |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. | Caixa Econômica Federal |

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 298 do Código Penal.

Informações
digitais da
víti
m
do
ben
efici
ário
de
l

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Altemir Alves da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

597.480.272-87 Altemir Alves da Costa

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

Nome completo:

Altemir Alves da Costa

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Benfica

Rio Branco

E-mail:

68133018871

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0534**

03

CONTA: **16239**

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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.

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):

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou | 14 DEZ 2019 |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | 14 DEZ 2019 |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. | 14 DEZ 2019 |

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

Informações
digitais da
víti-
ma ou
beneficiário:
CPF: _____

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*): A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180589635

Nome do(a) Examinado(a): ALTEMIR ALVES DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): TV BENFICA, 80 - Rio Branco/AC - CEP 69900-001

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 065173 - SSP

Data e Local do Acidente : 14/07/2018 - BAIRRO CORRENTE EM FRENTE DA ROTATÓRIA

Data e Local do Exame : 17/01/2019 RUA FLORIANO PEIXOTO, 1135 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-090

Resultado da Avaliação Médica

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

ACIDENTE DE TRANSITO (CARRO-MOTO) EM 14/07/2018. COM FRATURA UMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

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

SUBMETIDA A CIRUGIA ORTOPEDICA , COM OSTE OSSINTSE COM PLACA E PARAFUSO EM UMERO DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

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

EVOLUIU CICATRIZ ORTOPEDICO DE 30 CENTIMENTROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90° EXTENSÃO 45° A COTOVELO DIREITO PRONADAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40° REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 90° EXTENÇÃO 45° PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO 40° E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MSD

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 (*).

- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- () “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
- () “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal	Região Corporal
MSD	
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

MSD UMERO / COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISIVEL.

Dr. Arides Rodrigues Jr.
Médico
CRM-AC 1729

ARIDES RODRIGUES JUNIOR CRM : 1729 / UF :AC



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635 Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Gradu

% Invalidez Per

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 2.531,25

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

Downloaded from https://academic.oup.com/imrn/article/2020/10/3333/3292033 by guest on 11 August 2020

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000016239-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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.

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:

Schreiber KI - DPMAT

Editor-in-Chief: M. A.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635 Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Gradu

% Invalidez Per

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 2.531,25

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

Downloaded from https://academic.oup.com/imrn/article/2020/10/3333/3292233 by guest on 11 August 2021

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000016239-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

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

Documentação médica-hospitalar

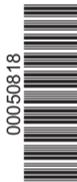
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALTEMIR ALVES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000016239-1

Nr. da Autenticação 26B27B1A419CACF6

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00