

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200447527

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Data do acidente: 24/06/2020

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE E FRATURA OCCIPITAL. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. FRATURA DO 3º AO 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍTESE (FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ), TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES - VÍTIMA EM TRATAMENTO, (P3 P19 P20)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 06/11/2020 COM RECOMENDAÇÃO DE RETORNO PARA 90 DIAS, CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO.

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

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, 07 de Janeiro de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200447527**

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

072543184-60

4 - Nome completo da vítima:

Francisco de Assis Martins da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco de Assis Martins da Silva

6 - CPF:

072543184-60

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Novo

9 - Número:

201

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Torres do Sul

12 - Cidade:

Petrópolis

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

36300-000

15 - E-mail:

robertoareuin-petidodeacidente@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(61) 98344-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

 INVALIDEZ
PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váinaser): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Francisco de Assis Martins da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Areuin

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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:

072548184-60

4 - Nome completo da vítima:

Francisco de Assis Martins da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco de Assis Martins da Silva

6 - CPF:

072548184-60

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua Nova

9 - Número:

201

10 - Complemento:

56.300 - 000

11 - Bairro:

Teresópolis

12 - Cidade:

Petrópolis

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

356.300 - 000

15 - E-mail:

roberto.amorim-1@tiscali.br

16 - Tel.(DDD):

(61) 9834-14-2539

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:

1478

CONTA:

82128

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Francisco de Assis Martins da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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:

072543184-60

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

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

5 - Nome completo:

Francisco de Assis Martins da Silva

6 - CPF:

072543184-60

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Novo

9 - Número:

201

10 - Complemento:

000

11 - Bairro:

Torres do Sol

12 - Cidade:

Petrópolis

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

36300-000

15 - E-mail:

robertoareuin-petidodeacidente@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(61) 98344-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

 INVALIDEZ
PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

 MORTE
MÓRTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váinaser): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Francisco de Assis Martins da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Areuin

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0304002021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2020** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRADO SUL** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GONÇALVES MARTINS** Pai: **FRANCISCO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 201, RUA 09, N 201 TERRA DO SUL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **CICLOMOTOR DITALLY BASHAN JOY PLUS**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA SEU CICLOMOTOR PELA MÃO DIREITA DA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRA DO SUL SENTIDO O BAIRRO JOSE E MARIA, QUANDO COLIDIU DE FREnte COM UMA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO (BAIRRO JOSE E MARIA BAIRRO TERRA DO SUL). QUE NA COLISÃO A VÍTIMA CAIU E SOFREU LESÕES PELO CORPO, TENDO FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO E FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, ONDE DEU ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 51546594. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL E NÃO FOI IDENTIFICADO. SEM MAIS, ENCERRO ESTE.

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

A Francisco de Assis Martins da Silva
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISLANIO RIBEIRO DA SILVA** - Matrícula: **296817-7**



3866-6582 IML



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0304002021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2020** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRADO SUL** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GONÇALVES MARTINS** Pai: **FRANCISCO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 201, RUA 09, N 201 TERRA DO SUL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **CICLOMOTOR DITALLY BASHAN JOY PLUS**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA SEU CICLOMOTOR PELA MÃO DIREITA DA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRA DO SUL SENTIDO O BAIRRO JOSE E MARIA, QUANDO COLIDIU DE FREnte COM UMA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO (BAIRRO JOSE E MARIA BAIRRO TERRA DO SUL). QUE NA COLISÃO A VÍTIMA CAIU E SOFREU LESÕES PELO CORPO, TENDO FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO E FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, ONDE DEU ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 51546594. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL E NÃO FOI IDENTIFICADO. SEM MAIS, ENCERRO ESTE.

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

A Francisco de Assis Martins da Silva
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISLANIO RIBEIRO DA SILVA** - Matrícula: **296817-7**



3866-6582 IML

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:

072543184-60

4 - Nome completo da vítima:

Francisco de Assis Martins da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco de Assis Martins da Silva

6 - CPF:

072543184-60

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Novo

9 - Número:

201

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Torres do Sol

12 - Cidade:

Petrópolis

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

36300-000

15 - E-mail:

robertoareuin-petidodeacidente@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(61) 98344-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

 INVALIDEZ
PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

 MORTE
MÓRTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váinacer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Francisco de Assis Martins da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Areuin

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



PETROLINA



SAMU

192

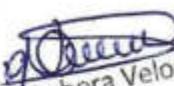
Cristiane Nunes

Diretora Geral do SAMU

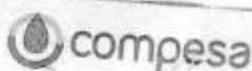
CERTIDÃO N°107/2020

Certificamos para os devidos fins que no dia 24 de Junho de 2020 ás 01:40 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a Francisco de Assis Martins da Silva vitima de acidente Motociclista moto x moto (colisão)na Av. Principal, Terra do Sul em Petrolina PE Conforme ocorrência de N° 7622/2020, Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando aos cuidados da Enfermeira Adriana.

Petrolina-PE, 28 de Agosto de 2020.


Debora Veloso
Assist. Administrativo
Debora Raquel Veloso
Petrolina-PE

Resp. Estatística - SAMU



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: Avenida Guararapes
NITRO PETROLINA PE 56102-000

ITEM. 01034 1034-6 FF

DADOS DO CLIENTE

ELIZABETH DA SILVA MARTINS
R NOVE, N. 00201 - TERRA DO SUE PETROLINA PE 56309-100

INSCRICAO: 111.845.196-0000-200 GRUPO: 13 DE AUTOMATICO: 0000000000000000

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADES DE ENCONTRADAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y18KUN0910	DATA LEIT. ANTERIOR 06/06/2020	DATA LEIT. ATUAL 07/07/2020		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

AQUA:
LEIT ANT: 609 CONSUMO: 28
LEIT ATU: 637
LEIT FAT: 637

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
05/2020	31		EXIG.	PORT.	ANALISE
04/2020	38	TURBIDEZ	MS 2.914/11	REALIZ	ATENDIM
03/2020	31	COR APARENTE	98	98	98
02/2020	33	CLORO RESIDUAL	98	98	98
01/2020	33	COLIF. TOTAIS	98	98	98
12/2019	36	E. COLI	98	98	97
MEDIA:	34				98

QUDLIDADE DE ÁGUA: WWW.COMPEA.COM.BR
085: (11) 5100-1111, 0800-11111111
C205 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, EXISTE A
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C205 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

AQUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	10 M3	50,50
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,01 POR M3	8 M3	48,08

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL	VALOR DO DEPÓSITO
RS OFINS	142,66	1,65 7,60	2,35 10,84

VENCIMENTO: 20/07/2020

TOTAL A PAGAR: 142,66

MENSAGEM:

PERNAMBUCO SOLIDÁRIO E COMPESA CONTRA O CORONAVÍRUS
DE SEU EXEMPLO DE SOLIDARIEDADE É ALHO QUEM MAIS PRECISA
WWW.PESOLIDARIO.COM.BR/ACAO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roberto Soares de Amorim
inscrito (a) no CPF/CNPJ 003155164, 95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco de Assis Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 072548184, 60,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco de Assis Martins da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 072548184, 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

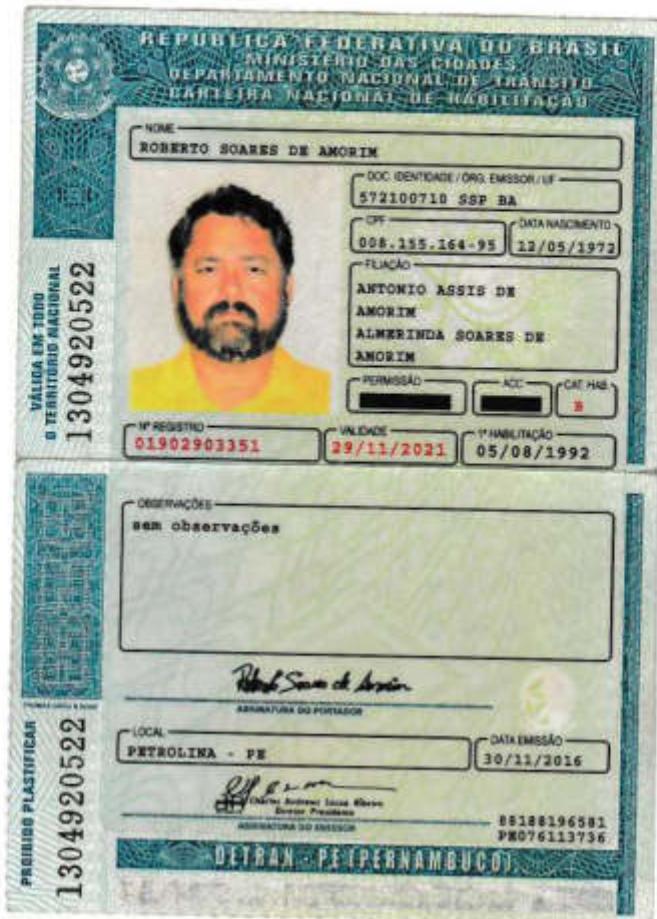
Recuso informar

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>Avenidas das INSEGURANÇAS</u>	Número:	<u>808</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mais Seguradoras</u>	Cidade:	<u>PETROLINA</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>56.330-290</u>	
E-mail:	<u>roberto.amorim_petroliana@hotmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(82)93344-2539</u>

Local e Data: Petrolina/PE - 30/09/2020

Roberto Soares de Amorim
Assinatura do Declarante



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200362948**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOVE, 201, , Petrolina/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **ssp / 7319632**

Data e local do acidente: **24/06/2020 - Petrolina/PE**

Data e local do exame: **06/11/2020 - Juazeiro/BA**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -9.41339 , longitude: -40.50079**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta em pé D e TCE com leve HSDA occipital direito, fratura de osso occipital direito, HSAT temporal esquerdo, sem desvio de linha media,

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

Cirurgia ortopedica em pé direito, com estabilização com fios de K. tratamento conservador de TCE com reabsorção espontanea.

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

Exame físico prejudicado.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em **180** 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 às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Leve - 25%

Pé Direito - Total - 100%

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

Paciente com diminuição da mobilidade, devido a sequela de fratura em pe D, relata ainda tonturas e falta de equilíbrio que comprometem suas atividades cotidianas.

paciente 00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000

Imagens do Exame Físico





Termo de Imagem

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA - 072.548.184-60
FLAVIO SÉ - 30500
Juazeiro /BA - 06/11/2020

[Handwritten signature]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286622/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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: 08/10/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357072/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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: 10/12/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: *3200362948*

Data da solicitação: *08/12/2020*
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: *Francisco de Assis Martins das Silvas*

CPF do beneficiário: *072548184-60*

Nome do solicitante: *Roberto Soares de Souza*

CPF do solicitante: *08155164-95*

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: *(87) 98844-2539*

Tel. Comercial: (*ddd*)

Tel. Residencial: (*ddd*)

E-mail: *robertosouza1981@hotmail.com*

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito uma reanálise porque aceitei uma negativa que não procede, existindo todos os relatos dos médicos do Hospital de Ensino Dr. Washington Duarte de Barros, o médico Fábio Soares diagnosticou paciente exposter do pé direito e fratura fechada na clavícula direita, seguindo com novo laudo médico constatar pós traumotismo crônico capilar com sequelas e a sequelas mais grave, que é a perda da audição sensorial bilateral, de grau profundo o direito e grau moderado o esquerdo.

E esperamos um julgamento de acordo com as sequelas.

Petrolina/PE - 08/12/2020

Local e Data

Roberto Soares de Souza

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva
portador(a) do documento de identidade no 7.319-632, expedido por SOS/PG em
10/12/2008, inscrito no CPF sob o no 072.548.184-60, residente na _____
Rox Novo, no 201
complemento _____, Bairro Terres do Sul
cidade Petrolina/PG, Estado PE

2. Outorgado **ROBERTO SOARES DE AMORIM**, portador(a) do documento de identidade no **572100710**, expedido por **SSP/BA**, em **30/11/2016**, inscrito no CPF sob o no **008.155.164-95**, residente na **Av. da Integração**, nº **808-A**, CEP: **56.330-290**, Bairro: **Maria Auxiliadora**, cidade: **Petrolina**, Estado **PE**.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Petrolina-PE, 28 de Agosto de 2020

Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO
WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuraçāo deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva
portador(a) do documento de identidade no 7.319-632, expedido por SOS/PG em
10/12/2008, inscrito no CPF sob o no 072.548.184-60, residente na _____
Rox Novo, no 201
complemento _____, Bairro Terres do Sul
cidade Petrolina/PG, Estado PE

2. Outorgado **ROBERTO SOARES DE AMORIM**, portador(a) do documento de identidade no **572100710**, expedido por **SSP/BA**, em **30/11/2016**, inscrito no CPF sob o no **008.155.164-95**, residente na **Av. da Integração**, nº **808-A**, CEP: **56.330-290**, Bairro: **Maria Auxiliadora**, cidade: **Petrolina**, Estado **PE**.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Petrolina-PE, 28 de Agosto de 2020

Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO
WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuraçāo deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357072/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILV/

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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: 10/12/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA