

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210010599 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 03, 05 E 06.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000050305-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0202202105000000000023702009000000050305168750 PAGO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08507.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08507.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 03 de dezembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Livramento Rosa da Silva**, CPF nº 043.084.994-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, filho(a) de Rosa Maria das Neves e Luiz Vicente da Silva, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 08/05/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetda, bairro Centro, tendo como ponto de referência Loteamento Cidade Alta, na cidade de Itapororoca/PB.

Dados do(s) Fatos:

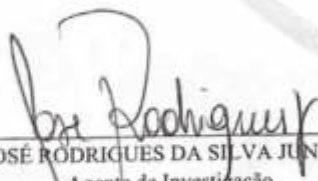
Local: Rua Centro, São João 2, Itapororoca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

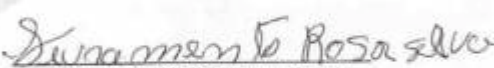
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/09/2020, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAV CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2012, PLACA OFE-4617/PB, CHASSI 9C2JC4110CR541339, REGISTRADA EM NOME DE JOSENILDO JOAO DE LIMA, NA RUA CENTRO, ITAPOROROCA/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE ITAPOROROCA/PB E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DECARTE NASSER.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de dezembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LIVRAMENTO ROSA DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.084.994-02

4 - Nome completo da vítima:

Silvianito Rosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

Silvianito Rosa da Silva

6 - CPF:

043.084.994-02

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sit. Lagoa do Sol

9 - Número:

51N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Área Rural

12 - Cidade:

Itapetininga

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58275-000

15 - E-mail:

83.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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 POUPOANÇA (informe 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: Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

00000000000000000000

AGÊNCIA:

2009

5

CONTA:

0050305

3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) menor?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetininga, 10-12-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MAURICIO JOSE DA SILVA
SIT LAGOA DO SACO, S/N - AREA RURAL
ITAPOROROCA / PB CEP: 58275000 (AG: 14)

CPF/CNPJ/RANI: 789.831.854-49

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 2-17-430-1800 Nº Medidor: 00008623707



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1686016-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016860165



VALOR DA FATURA

R\$ 29,93



VENCIMENTO

12/08/2020



REFERÊNCIA

Ago / 2020



CONSUMO

72kWh

2,48 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alig ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$)/Cofins(R\$) 1,0845% - 4,9955%		
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,193470	5,80	0,00	0	0,00	5,80	0,06
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	42	0,331680	13,93	0,00	0	0,00	13,93	0,15
0610	Subsídio			20,07	0,00	0	0,00	20,07	0,22
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 06/2020			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-18,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,191720 Até 100kWh 0,311520

TOTAL 29,93 0,00 0,00 39,80 0,43 1,88

RESERVADO AO FISCO

4a72.2690.a5cd.ee45.987c.4313.2441.1cb1.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384-JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 340849 Atd: Nao
Data: 08/09/2020
Hora: 20:18:37
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FER
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.09.000719

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708505325336474 Sexo: F IDENTIDADE: 3459903 Fone: 987115519

Natural: ITAPOROROCA/PB Data Nasc.: 08/05/1968 Id: 52 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: LOTEAMENTO CIDADE ALTA Cidade: ITAPOROROCA UF: PB

Mae: ROSA MARIA DAS NEVES

Pai: LUIZ VICENTE DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação:

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987115519 / IDENTIDADE: 3459903

Cedencia: HOSPITAL ESTADUAL JOSE FELIX

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

TC: *foram*

DATA: *09/09/2020*

Hora: *16:41*

PSE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

ixa Principal

QUEDA DE MOTO, REFERE DOR NO BRACO ESQUERDO.

ALERGIA A DIPIRONA E HIPERTENSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Dor e edema no punho (E) direito
trauma por acidente de moto*

Diagnostico *Fratura do rádio. | Conduta | Internação
dia hospital (E) | hospitalar.*

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. *Wilton Vasconcelos*
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8674
CREMEPE 22251
CBO 35110100



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL PÚB. ESTADUAL PREFEITO JOSÉ FÉLIX DE BRITO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº		DATA	08/05/2012
PACIENTE	Lidomiranda Rosa da Silva		
ORIGEM	Hospital Geral de São João		
SOLICITANTE	Clínica Ortopedia	CLÍNICA	Traumatologia

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Incorrente a paciente supracitada, 53 anos, vítima de acidente de moto, apresentando dor + edema + limitação de movimento do punho (E) gelada que se fez às 17:00 de hoje. Solicito avaliação e consulta da ortopedia. PA 122 x 71 mmHg
Rx do punho E: fratura distal do rádio (E).

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

- 1 - Imobilização do membro;
- 2 - Voltaren
- 3 - Decadron
- 4 - Dipirona; ORFA + AD EV

ENCAMINHADO PARA

Hospital ortopedica de mangalica

ASSINATURA/CARIMBO
MÉDICO

Att:

Fred M. F. de Oliveira

CRM-PB: 0357 / CRM-PE: 21172

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/09/2025

Nome: Leandro R. Silva
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F (☒) M (☐) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: Paciente vítima de acidente de moto sem documento e sem seguro
fornecido em parcho (E)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [☐] Febre [☐] Astenia [☐] Anorexia [☐] Perda de Peso ____ Kg em ____ [☐] Prurido [☐] Sudorese
 [☐] Calafrios [☐] Alopecia [☐] Adenomegalias [☐] Icterícia [☐] Tonturas [☐] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [☐] Cefaléia [☐] Espirros [☐] Rinorréia [☐] Obstrução Nasal [☐] Epistaxe
 [☐] Dor de Garganta [☐] Bócio [☐] Rouquidão [☐] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [☐] Dor _____ [☐] Tosse [☐] Expectoração [☐] Hemoptise
 [☐] Dispnéia [☐] Palpitações [☐] Desmaio [☐] Cianose [☐] Edema _____ Outros: _____

ABD: [☐] Dor _____ [☐] Pirose [☐] Solução [☐] Regurgitação [☐] Hematêmese [☐] Náuseas
 [☐] Vômitos [☐] Dispepsia [☐] Diarréia [☐] Melena [☐] Enterorragia [☐] Constipação [☐] Aumento de volume

AGU: [☐] Disúria [☐] Incontinência [☐] Retenção [☐] Poliúria [☐] Oligúria [☐] Noctúria [☐] Hematúria
 [☐] Mal Cheiro [☐] Corrimento [☐] Outras: _____

SME: [☒] Dor _____ [☐] Rigidez pós-reposou [☒] Deformidades
 [☐] Artralgia [☐] Calor [☐] Rubor [☒] Edema [☐] Crepitação [☐] Fraqueza [☐] Atrofia [☐] Espasmos

SN e PSQ: [☐] Insônia [☐] Sonolência [☐] Convulsões [☐] Motricidade e Sensibilidade _____
 [☐] Amnésia [☐] Libido [☐] Humor _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH

Incisão:

PENCURANCA

Achados:

FRATURA MÍDIO DISTAL.

Conduta:

REDUÇÃO FECHADA +
FIXAÇÃO PENCURANCA

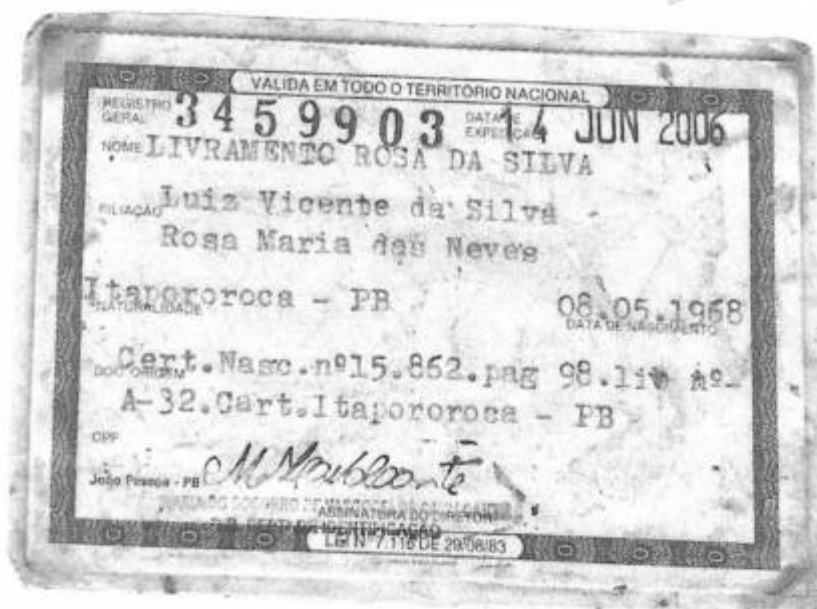
Fechamento:

CURATIVO +
TACA

OBS:

Data: 18/09/20

Edson D. Tinoco
Médico e Traumatologista
Médico de Mão e Microcirurgia
CRM 10.714
MÉDICO/CRM



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009827/21

Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

CPF: 043.084.994-02

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 08/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA : 043.084.994-02

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: 12/01/2021
Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA
CPF: 043.084.994-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210010599

Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 000000050305-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.084.994.02

4 - Nome completo da vítima:

Silvianito Rosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

Silvianito Rosa da Silva

6 - CPF:

043.084.994.02

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

511 Brega do Solo

9 - Número:

511

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Área Rural

12 - Cidade:

Itapiporã

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58275000

15 - E-mail:

83.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Informe 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: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) menor?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

DADOS DO SEGURO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapiporã 10-12-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)