
Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO CORPES FROTA

Nº Sinistro: 3180407928

Vitima: RAIMUNDO CORPES FROTA

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180407928**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO CORPES FROTA

Sinistro: 3180407928

Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180407928** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO CORPES FROTA

Nº Sinistro: 3180407928

Vitima: RAIMUNDO CORPES FROTA

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180407928**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO CORPES FROTA

Nº Sinistro: 3180407928

Vitima: RAIMUNDO CORPES FROTA

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180407928**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC/DPVAT 0800 0221204 ou 8800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/retorno.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

303.266.293-53

Nome completo da vítima

Ramundo Cores Frusta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ramundo Cores Frusta	303.266.293-53	—
Endereço	Número	Complemento
Rua Urbano Teixeira Barbosa	207	—
Bairro	Cidade	CEP
Centro	Itapipoca	62500-000
E-mail	Telefone (DDD)	
segurodpvastseguro@hotmail.com	(63) 996519431	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ESTAM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atende uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (137) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (041)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	BNB	BNB	BNB
DN	DN	DN	DN
Informar digito se estiver	Informar digito se estiver	Informar digito se estiver	Informar digito se estiver
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
BNB			
Itaú			
AGÊNCIA	BNB	BNB	BNB
DN	DN	DN	DN
2758	12542	3	3
Informar digito se estiver	Informar digito se estiver	Informar digito se estiver	Informar digito se estiver

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

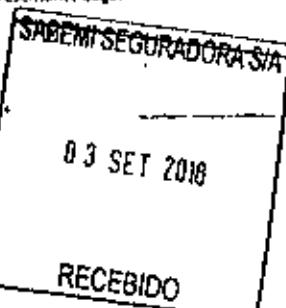
Itapipoca, 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Ramundo Cores Frusta

FAPPF.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 408 - 843372948

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/06/2018 14:19:39
Data / Hora da Ocorrência: 06/07/2018 12:30:00

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Ponto de Referência:

Município: ITAPIPOCA/CE

Noticiante(s)

Nome: RAIMUNDO CORPES FROTA
Nascimento: 03/07/1963 - CPF: 323.266.293-53
RG: 270528568 Orgão Emissor: SSP UF:
Filiação: JOSEFA FROTA CORPES
JOSÉ CORPES NETO
Endereço: RUA RUA URBANO TEIXEIRA BARBOSA, 227
Bairro: CENTRO CEP:
Município: ITAPIPOCA/CE
País: BRASIL Telefone:

Histórico

Nasce que na data, hora e local citados acima, trafegava como condutor da motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, COR:AZUL, FAB/MOD:1997, PLACA: HVP1488, CHASSI:9C2Jc250vtr056266, registrada em nome de Flávio Carneiro de Lima, na Rua Raimundo de Castro, quando, ao cruzar o trilho, o pneu da moto derrapou, razão pela qual a vítima caiu ao solo. A vítima sofreu fratura no braço direito. No dia 20/07/2018, a vítima deu entrada no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº045915 e atendimento de nº0022, em anexo. Neste mês havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.
Obs.: O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que deve constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direto, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Thiago Barros Xavier
THIAGO BARROS XAVIER - MAT.: 300721-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Thiago Barros Xavier

VISTO DO DELEGADO(A): Thiago Barros Xavier

REGISTRO: DIMENTEL DE LIMA - MAT.: 201200428

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Pág. 1 de 1

Impresso em 03/08/2018 14:26:31

SADIM/SEGURADORA SIA
03 SET 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CÍRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kamundo Lopes Freitas

CPF da Vítima

32328629353

Data do Acidente

06/07/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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:

Assinhar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Deduto ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendida ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itapipoca, 03 de Agosto de 2018

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

04/10/2018 00:01:2017

SABEMI SEGURADORA S/A
03 SET 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
RECEBIDO

ETIM



CEDE PORTALEZA CE PLS
RAIMUNDO CORPES FROTA
URBANO TEIXEIRA DE BAROSA 277
CENTRO
62500-000 - ITAPIPOCA - CE



SABFM:SE-Group

03 SET 2018

RECEBIDO



03 SET 2010

RECEBIDO

Nº do Cliente: 6543766-5 Referência: Abr/2018
Data de Envio: 03/04/2018 Total a Pagar F/0: 62,02
Nº de Ordem Passeio: 5196914113 N.º do Cliente: 6006544763 6003319422 14
8314000000000000-6 62,02 03/04/2018 6006544763 600331942206-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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/10LIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?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 reseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francimirete Siqueira Cruz, inscrito (a) no CPF/CNPJ 221191003-78, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Ramundo Coque Fróis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 323266093-53, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Ramundo Coque Fróis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 323266093-53, 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 Lider-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>Avenida Duque de Caxias</u>	Número	<u>953</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Itapipoca</u>	Estado	<u>CE</u>
E-mail	<u>Seguradapar@seguradapar.com.br</u>	Telefone comercial (DDO)	<u>(88) 99651831</u>	Telefone celular (DDO)	<u>(88) 992129995</u>

Itapipoca, 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Francimirete Siqueira Cruz
Assinatura do Declarante

DOI:HL001 V001/2017

<u>SABEMI SEGURADORA S/A</u>
<u>03 SET 2018</u>
<u>RECEBIDO</u>

Declarac o  do Propriet rio do V sculo

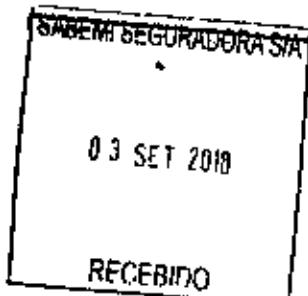
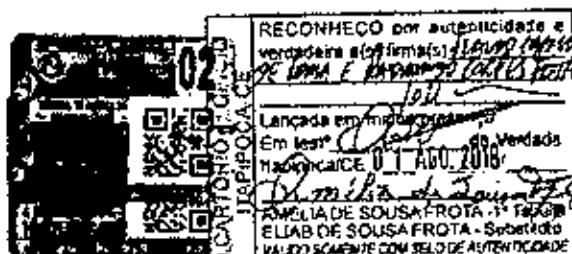
Eu, Flávia Carneiro de Lima

RG nº 09.097.030-788 data de expedição 19/02/98
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 333.618.113-34, com
domicílio na cidade de Itapipoca, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rue/Avenida/Estrada)
Turco Vicente Tamaine, nº 512,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
última 21/02/98, cujo o condutor era
João Batista.

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda CG 125 Titan
Ano: 1996
Placa: 4V01468
Chassi: 9C2JCA5A9YTP056206
Data do Acidente: 06/07/2018
Local e Data: Fortaleza - CE 06/07/2018

Assinatura do Declarante

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





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Impressão: 20/07/2018 10:29

Página 1

Protocolo	Atendimento	Nome do Paciente	CPF	Guia de Atendimento
045915	0022	RAMUNDO CORPES FROTA	588002370470011	
Documentos				
Identidade: 27.052.858-6	CPF: 323.255.203-53			
Nome de Nascimento				
03/07/1963				
Sexo:				
ITAPIPOCA/CE				
PA:				
JOSE CORPES NETO				
Endereço				
RUA PAULO NEY, 227				
Profissão				
MOTORISTA				
Responsável				
RAMUNDO CORPES FROTA	CRM: 46	Responsável	Rua PAULO NEY, 227	Residência

DADOS DO PACIENTE

Endereço	Nome	CPF	Residência	UF
RUA PAULO NEY, 227	JOSEFA FROTA CORPES	62500-000	ITAPIPOCA	CE
Profissão	Cidade	CRM	Residência	Residência
MOTORISTA	ANGELA TEIXEIRA DE OLIVEIRA	4920	RUA PAULO NEY, 227	ITAPIPOCA
Responsável				
RAMUNDO CORPES FROTA				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Centro	Atendente	UF
20/07/2018	09:58	SUS		CE
Profissional de Atendimento				
JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR				
Motivador da Atenção				
Observação				

CRM: 4920/CE
Filiado: SYLVANIA DOURADO DE SOUSA

Sexo	Nome Atendido	Idade	Sexo	Nome de Saída
		38	10	() Alta () Internação () Outro
Sinal de Vida				
Arteria (pul)	Alvor (cm)	117/61	71	PA (mmHg) 150 X 100

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 20/07/2018 10:29

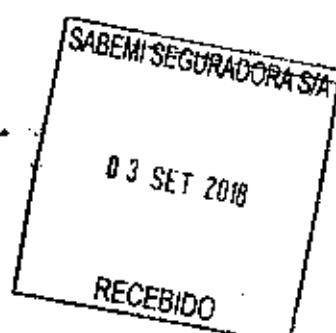
Responsável pela Classificação: MILENA A F NOGUEIRA

Relatório:

Paciente referenciado da UPA (vítima de queda de moto há +/- 15 dias) apresentando - se com trauma em MSD com dor e edema local. Hipertensão. Nega DM. Alergico à DIPIRONA e BUSCOPAM.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Fractura de colo de fêmur
adm.
H/S*



Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedista - Traumatologista
CRM-CE 4920 / EOT 5088
CPF: 378.926.903-08

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAMUNDO CORPES FROTA



RECEITUÁRIO

Dr. Davi de Souza

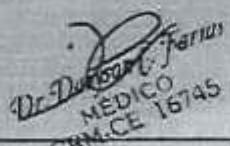
Dando para DPVAT

Paciente vítima de queda de
moto na data de 06/07/2018,
conforme B.O nº 466-3433/2018.

Paciente evolui com fratura de
mão (Ulna).

Encontra-se com sequelas motoras
e dificuldade para realizar movimentos
de extensão e perde power de
puxar motor.

20/07/2018



Dr. Davi de Souza
MEDICO
CRM-CE 16745

Rua Dom Aureliano Matos, 536 - Centro
Itapipoca - Ceará Tel.: 88 99660.4153

SABEMI SEGURODORA S/A

25 OUT 2018

RECEBIDO.



RECEITUÁRIO

Dr. Djalma Lopes Faria

Lendo para DPVAT

Paciente vítima de queda de moto no dia de 06/07/2018,
constante B.O nº 466-3433/2018.

Paciente exibe com fratura de
MSO (Ulna).

Encontra-se com sequelas indiretas
e dificuldade para realizar movimentos
de extensão e perda parcial de
puxar motos.

20/07/2018

Dr. Djalma Lopes Faria
MEDICO
CRM/CE 16745

Rua Dom Aureliano Matos, 536 - Centro
Itapipoca - Ceará Tel: 88 99660.4153

SABEMI SEGURADORA SIA

07 NOV 2018

RECEBIDO



Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	DADOS DO PACIENTE		
045915	0022	RAIMUNDO CORPES FROTA	CNS	898002379470911	Guia de Autorização
Documento(s)			Estado Civil	Casado(a)	Sexo
Identidade: 27.052.856-8	CPF: 323.266.293-53	Local:	ITAPIPOCA/CE		Masculino
Data de Nascimento	03/07/1963				Idade
País	JOSE CORPES NETO				55 Ano(s)
Endereço	RUA PAULO NEY, 227	Estado	CENTRO	Município	UF
Profissão	MOTORISTA	CEP	62500-000	ITAPIPOCA	CE
Responsável	RAIMUNDO CORPES FROTA	Empresa			Telefone
		CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
			RUA PAULO NEY, 227	ITAPIPOCA	CE
DADOS DO ATENDIMENTO					
Data Atendimento	Hora	Convênio	Motivada	CID	
20/07/2018	09:58	SUS			
Profissional do Atendimento	CRM/UF			Tipo Atendimento	
JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR	4920/CE			CONSULTA	
Indicador de Acidente	Funcionário				
	SYLVANIA DOURADO DE SOUSA				
Saída	Data/Hora Liberação			Tipo de Saída	
Sinais Vitais			35	hs.	() Alta () Internação () Óbito
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)
			71		150 X 100

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 20/07/2018 10:29

Responsável pela Classificação: MILENA A F NOGUEIRA

Relatório:

Paciente referenciado da UPA vítima de queda de moto há +/- 15 dias apresentando - se com trauma em MSD com dor e edema local. Hipertenso. Nega DM. Alergico à DIPIRONA e BUSCOPAM.

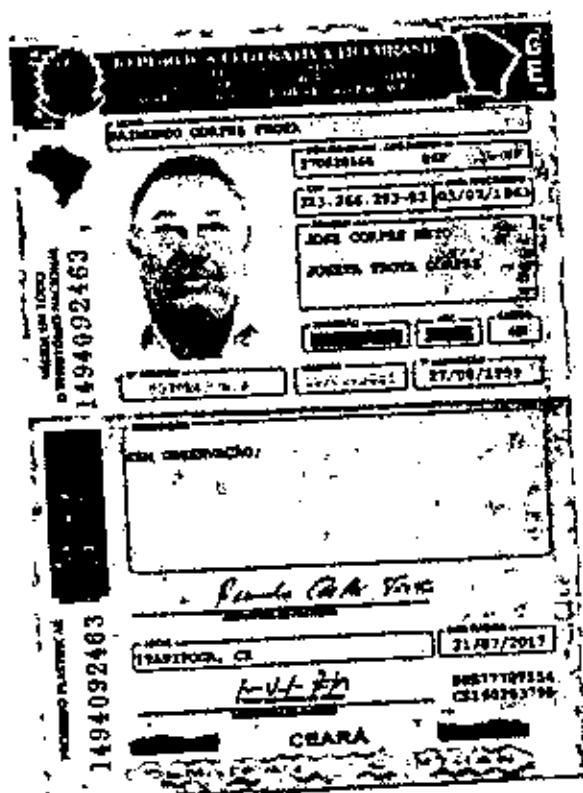
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

22/07/2018
22/07/2018
22/07/2018
22/07/2018

Dr. Jose Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEO7 - 5088
CPF: 378.930.503-08

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

22/07/2018
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAIMUNDO CORPES FROTA





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **323.266.293-53**

Nome: **RAIMUNDO CORPES FROTA**

Data de Nascimento: **03/07/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:06:32** do dia **16/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **81CE.9114.8C01.8D4B**

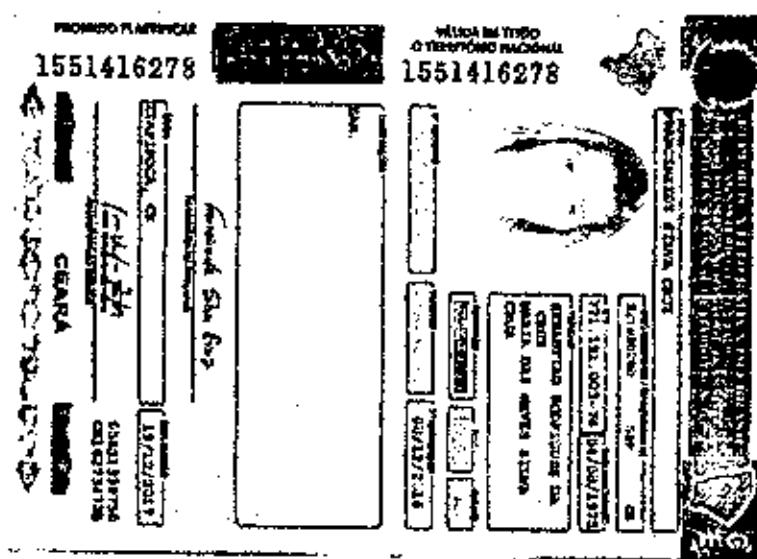


Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2016.)



16/08/2018 11:02



SABEMI SEGURADORAS SA
03 SET 2010
RECEBIDO

REPROBATION OF THE CHURCH IN THE PROTESTANT REPUBLIC OF GERMANY.

822

189

卷之三

EMI SEGURODORAS

03 SET 2018

RECEBIDO

SECE
LYC
MOTOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407928 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407928 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407928 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU 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: 3180407928 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Raimundo Cores Freire
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado
Profissão: Motorista
Identidade: 27.052.856-8 CPF: 323.266.293-53
Endereço: Lúcio Teixeira de Souza Bairro: Centro
Cidade: Itapipoca CEP: 62300-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

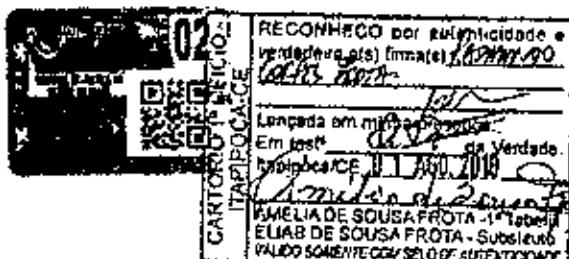
Nome: Francimire SIlva Cruz
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Empresária
Identidade: 502799028-0 CPF: 771.191.003-38
Endereço: Al. Brigue de Castelos Bairro: Centro
Cidade: Itapipoca CEP: 62300-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, a qual figura como vítima, X Raimundo Cores Freire

Local: Itapipoca UF/CE: CE Data: 01 de 08 de 2018

X Raimundo Cores Freire
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322888/18

Número do Sinistro: 3180407928

Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA

CPF: 323.266.293-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO CORPES FROTA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 25/10/2018
Nome: FRANCINEIDE SILVA CRUZ
CPF: 771.191.003-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322888/18

Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA

CPF: 323.266.293-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO CORPES FROTA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCINEIDE SILVA CRUZ : 771.191.003-78

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

RAIMUNDO CORPES FROTA : 323.266.293-53

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: 03/09/2018
Nome: RAIMUNDO CORPES FROTA
CPF: 323.266.293-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

RAIMUNDO CORPES FROTA

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322888/18

Número do Sinistro: 3180407928

Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA

CPF: 323.266.293-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO CORPES FROTA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 07/11/2018
Nome: FRANCINEIDE SILVA CRUZ
CPF: 771.191.003-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407928 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO CORPES FROTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

