

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO CORPES FROTA

Nº Sinistro: 3180407928

Vítima: 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

Carta nº 13333958



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 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 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/reembolso.

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 assistido 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: 323.266.293-53 CPF da vítima: 323.266.293-53 Nome completo da vítima: Raimundo Carlos Fresta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Raimundo Carlos Fresta CPF titular da conta: 323.266.293-53 Profissão: -
Endereço: Rua Urbano Teixeira Barbosa Número: 207 Complemento: -
Bairro: Centro Cidade: Itapipoca Estado: CE CP: 62500-000
E-mail: raimundocarl@bol.com.br Telefone (DDD): (88) 996518431

Dedarei, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - 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"/> SEM 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\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 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 type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (somente para as faixas acima. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (737) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as faixas)	
AGÊNCIA: <u>0958</u> DV: <u>0958</u> CONTA: <u>12542</u> DV: <u>0958</u> (informar dígito se existir)		AGÊNCIA: <u>0958</u> DV: <u>0958</u> CONTA: <u>12542</u> DV: <u>0958</u> (informar dígito se existir)	

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

Itapipoca 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Raimundo Carlos Fresta
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Raimundo Carlos Fresta
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 3433/2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/08/2018 14:19:39
Data / Hora da Ocorrência: 06/07/2018 12:30:00
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: Município: ITAPIPOCA/CE
Ponto de Referência:

Notificante(s)

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

Histórico

Narra 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 Flavio Carneiro de Lima, na Rua Raimundo de Castro, quando, ao cruzar a trilha, 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 nº 045915 e atendimento de nº 0022, em anexo. Não mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.
Obs.: O notificante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B. (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

THIAGO BARBOSA XAVIER - MAT.: 300731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

REGIEDENI DIMENTEL DE LIMA - MAT.: 30130428

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Pág. 1 de 1

Impressão em: 07/08/2018 14:26:41

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Ramundo Lopes Furla

CPF da Vítima

323.206.293-53

Data do Acidente

06/07/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a 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 invalidez 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 não submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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.

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

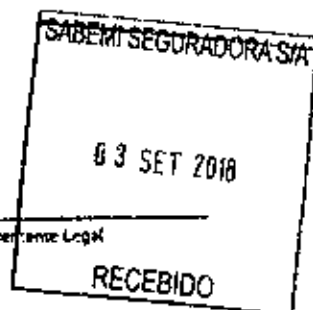
Itapira 03 de Agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI-001 V001/2017





CTGE PORTALEZA CE PLS
RAIMUNDO CORPES FROTA
URBANO TEIXEIRA DE BAROSA 227
CENTRO
62500-000 - ITAPIPOCA - CE



SABEMI SEGURODORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

CÓDIGO DAS PRESTAÇÕES DE LONGA DISTÂNCIA			Atendimento ao Cliente: 194	
41 T394	14 F2	12 ALGAR	Declarantes Analistas e de País: DR00 741 25 90	
15 VIVO	31 TRILHAR	42 SEMCONTIL	Analis: 1231	
21 CLARO	51 2P CORR	75 VIVARAT		
<p>Para Uso Exclusivo dos Correios</p> <p>Se o remetente não preencher os campos, o sistema preencherá com os dados de referência à R. Turbante 121 - Alameda Brasil - Barro Preto - Belo Horizonte - MG</p>				
<input type="checkbox"/> 41 T394 de <input type="checkbox"/> 15 VIVO de <input type="checkbox"/> 21 CLARO de	<input type="checkbox"/> 14 F2 de <input type="checkbox"/> 31 TRILHAR de <input type="checkbox"/> 51 2P CORR de	<input type="checkbox"/> 12 ALGAR de <input type="checkbox"/> 42 SEMCONTIL de <input type="checkbox"/> 75 VIVARAT de	<input type="checkbox"/> 11 100% SERVIÇOS DE LONGA DISTÂNCIA <input type="checkbox"/> 12 100% SERVIÇOS DE LONGA DISTÂNCIA <input type="checkbox"/> 13 100% SERVIÇOS DE LONGA DISTÂNCIA	Assinatura do remetente (nome e endereço) Assinatura do remetente (nome e endereço)



Nº DO CLIENTE

6588768-9

Para maiores detalhes consulte o site ou o e-mail: clientes@brasilpar.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | ADRE B-4 | R

318003411

Abril 2018 em Grupo B
até 30 de abril de 2018

Companhia Brasileira de Energia
Rua Paulo de Almeida, 100
CEP 00738-000 | Fone: 011-3081-1000

CNPJ 08.001.000/0001-00 | CEF 00.000.000

enel

Data de Emissão: 03/04/2018

Rua: 02 35000 35 05400 - 2

Nome: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

End. Postal: AV DUQ CARIAS 00953

CENTRO - ITAPIPOCA - 62500000

Módulo: 5512243

Posto: 0000 0000

Classe: 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ: 771591003-74

Nome do Responsável:

DATA

PERÍODO DE PAGAMENTO

Data de Emissão	Data de Vencimento	Próximo Prazo de Pagamento
Abr/2018	03/04/2018	03/05/2018

Valor a Receber	Valor em Dólar
14,33	14,33

Valor de Consumo	Adicional	Valor de Imposto	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa
57,33	7,00	14,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

RECEBIDO
03 SET 2018
SABEMI SEGURADORA S/A

10/04/2018

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

Valor de Consumo	Valor de Imposto	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa	Valor de Taxa
57,33	7,00	14,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL

DEBITO EM FAVOR DO CONTRIBUÍVEL



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 0221704 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25635>

A Circular SUSEP 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francinilde Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 711191003-78
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Cepe Friaça inscrito
(a) no CPF sob o nº 323266293/53 do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima
Raimundo Cepe Friaça inscrito (a) no CPF sob o nº 323266293/53 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 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>Avenida Duque de Caxias</u>		Número <u>953</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itapipoca</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62500-000</u>
E-mail <u>Seguradoraliderseguradora@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(88) 996518731</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 992129995</u>

Itapipoca 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Francinilde Silva Cruz
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Flavio Carneiro de Lima

RG nº 99097030758 data de expedição 19/02/98

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 33361811334, com

domicílio na cidade de Itapipoca, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Terça Leicete Tamaia nº SLU

complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Priscilla Pinheiro cujo o condutor era

Priscilla Pinheiro

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda / CG 125 Titan

Ano: 1996

Placa: WUP1488

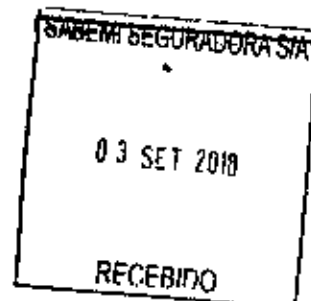
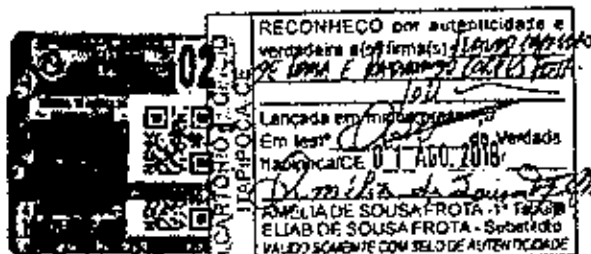
Chassi: 9C23C250UT0056206

Data do Acidente: 06/07/2018

Local e Data: Itapipoca - CE 01/08/2018

Assinatura do Declarante

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





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 20/07/2018 10:29

Página 1

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE							
Protocolo 045915	Atendimento 0022	Nome do Paciente RAMUNDO CORPES FROTA	CNH 858002370470911	Data de Análise			
Identidade 27.052.856-8	CPF 323.255.293-53	Estado Civil Casado(s)		Sexo Masculino		Idade 55 Ano(s)	
Data de Nascimento 03/07/1963	Cidade ITAPIPOCA	UF CE		Município ITAPIPOCA			
Pai JOSE CORPES NETO		Mãe JOSEFA FROTA CORPES					
Endereço RUA PAULO NEY, 227		Bairro CENTRO	CEP 82500-000	Município ITAPIPOCA		UF CE	Telefone 88997040471
Profissão MOTORISTA	Emprego	Código ANGELA TEIXEIRA DE OLIVEIRA					
Responsável RAMUNDO CORPES FROTA	CPF do Responsável	Endereço RUA PAULO NEY, 227	Município ITAPIPOCA	UF CE			

DADOS DO ATENDIMENTO							
Data Atendimento 20/07/2018	Hora 09:58	Clínica SUS	Medicador	CE			
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR		CADEN 4920/CE	Tipo Atendimento CONSULTA				
Indicador de Atividade		Fluxograma SYLVANIA DOURADO DE SOUSA					
Governança							
Sala	Data Hora Liberação		ss	hs	Tipo de Sala () Alta () Internação () Outro		
Sinal Vital							
Peso (kg)	Altura (cm)	TFG	F. hem	F. temp	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

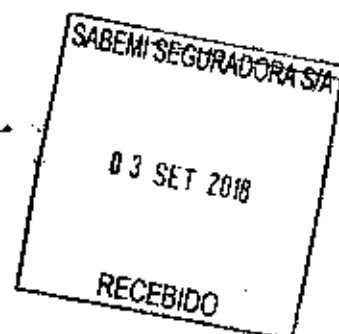
Relatório:

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 a DIPIRONA e BUSCOPAN.

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

Tratado de trauma, 14 dias.
H/A



Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TE07 - 5088
CPF: 378.936.503-08

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAMUNDO CORPES FROTA

3180/407928



RECEITUÁRIO

P/ Paulo Lopes Faria

Lendo para DPVAT

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

*Paciente evoluiu com fratura de
ulna (Ulna).*

*Encontra-se com sequelas motoras
e dificuldade para realizar movimentos
de extensão e perda parcial de
força motora*

20/10/2018

Dr. Danilo Faria
MÉDICO
CRM-CE 16745

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

SABEMI SEGURODORA S/A

25 OUT 2018

RECEBIDO

WCMO

RECEITUÁRIO

P/ Paulo Lopes Costa

Lendo para DPUAT

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

Paciente evoluiu com fratura de
pescoço (Vlna).

Encontra-se com sequelas motoras
e dificuldade para realizar movimentos
de estirar e pender parcial de
prum motor

20/10/2018

Dr. Paulo Lopes Costa
MÉDICO
CRM-CE 16745

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

SABEMI SEGURADORA S/A

07 NOV 2018

RECEBIDO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 20/07/2018 10:29

Página 1
v201801

Gua de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 045915	Atendimento 0022	Nome do Paciente RAIMUNDO CORPES FROTA	CNS 898002379470911	Gravidade Autorização
Documento(s)	Identidade: 27.052.858-8	CPF: 323.266.293-53	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/07/1963	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 55 Ano(s)		
Pai JOSE CORPES NETO	Mãe JOSEFA FROTA CORPES			
Endereço RUA PAULO NEY, 227	Bairro CENTRO	CNPJ 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão MOTORISTA	Empresa	Conjuge ANGELA TEIXEIRA DE OLIVEI	Telefone 88097040471	
Responsável RAIMUNDO CORPES FROTA	CPF do Responsável	Endereço RUA PAULO NEY, 227	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/07/2018	Hora 09:58	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR	CRM/UF 4920/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário SYLVANIA DOURADO DE SOUSA			
Observação				
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
			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.
Hipertenso. Nega DM. Alergico à DIPIRONA e BUSCOPAM.

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

Tr. Trauma de moto, 14 dias.
H/A

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5068
CPF: 378.930.503-08

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

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**

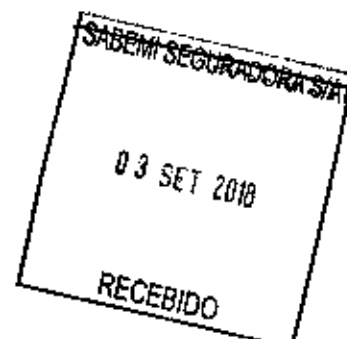
Digito Verificador: **00**

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 13/02/2015.)



16/08/2018 11:02

1551416278

1551416278

[illegible]

SABEMI SEGURODORA S/A
03 SET 2018
RECEBIDO

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
500 5TH AVENUE
NEW YORK 17, N.Y.

45-14421-1A

07-08-2009

666345473

9003000000

22

MASS. 11

665345473

00000000

[illegible]

57761612

5

302-5076-236

PAZ PHOTOGRAPHIC RELI-

GA301211

MEMPHIS, TENN.

1
2
3
4

11/24/2000

25710

As a result of the above, the following is proposed:

REF:
HPC
INCT-06

APPENDIX

RE: L.M. WARDEN, DECEASED

17. 50/2000

8534187590

2014

9

 U.S. DEPT. OF JUSTICE
 CIVIL RIGHTS DIVISION
 WASHINGTON, D.C. 20535

1900

2.

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1

1. *Introduction*

F

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

14

11

22

1

650

10

10
11
12

5
1
1
1
1

SEI
3141
MARI

MO: 100

SABEMI SEGURODORA S/A

03 SEP 2018

RECEBIDO

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 ULNA 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA 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 INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO 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: Ricardo Casper Fraga
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado
 Profissão: Motociclista
 Identidade: 27062856-8 CPF: 323.266.293-53
 Endereço: Luizano Teixeira d. B. Bairro: Centro
 Cidade: Itapipoca CEP: 62500-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

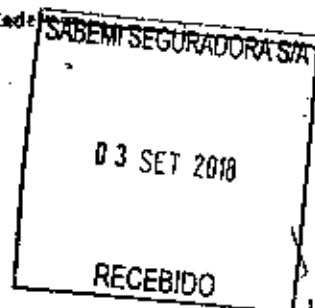
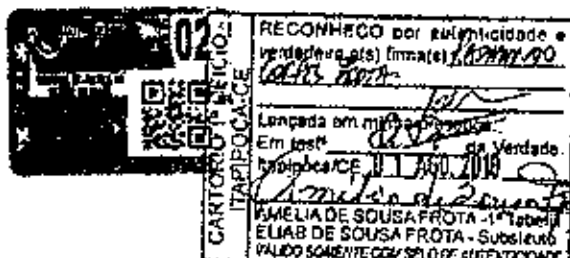
Nome: Francineide Silva Cruz
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Empresaria
 Identidade: 52399028-0 CPF: 771.191.003-38
 Endereço: Av. Duque de Caxias Bairro: Centro
 Cidade: Itapipoca CEP: 62500-000

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, de qual figura como vítima, e

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

[Assinatura]
 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 médico-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

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

RAIMUNDO CORPES FROTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA 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: