



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2016

Carta nº: 10032105

A/C: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Sinistro: 3160425099 ASL-0953525/16
Vitima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
Data Acidente: 26/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2016

Carta nº: 9667481

A/C: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Sinistro: 3160425099 ASL-0953525/16
Vitima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
Data Acidente: 26/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2016

Carta nº: 9948782

A/C: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Sinistro: 3160425099 ASL-0953525/16
Vítima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
Data Acidente: 26/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 341295299 EXPEC. DO POR SSP - CE EM 07/09/2014 E
 CPF 915.539.146-83 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO VENDEDOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susno nº 445/2012, que trata da prevenção e lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a promover o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogratuação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Funcional;
- Conta Empregado – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME – ME (micro empresa) ou LT;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUÇANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira;
- Conta bloqueada, nativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta em nome do beneficiário/vítima);
- Conta do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), liem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

3.6 JUN 2016

Conta Seguradora S/A

Av. Dom Leão, 1000 - Bloco 147

Aldeota - Fortaleza / CE

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2253-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 45-783-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUÇANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2253-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 45-783-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LIMOEIRO 16 de 03 de 2016 FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

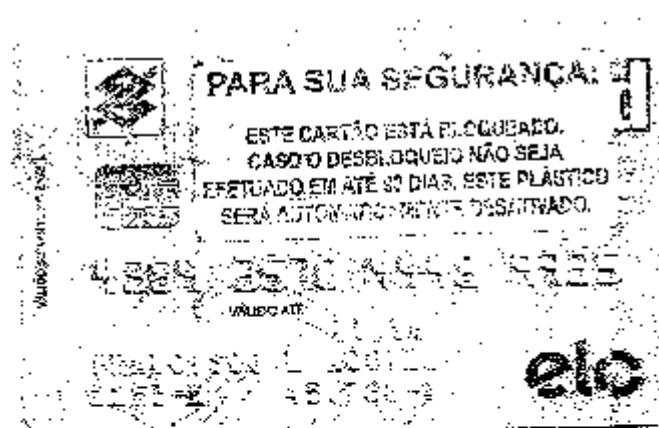
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de até R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do evento); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Elvira, 300 - Loja 147 Aracaju - Fortaleza / CE



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
PORTADOR(A) DO RG Nº 341295299 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 27/10/99
CPF (955334683-68) / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO VENDEDOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou Previdência Social ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro e pequena empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta conjunta documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
CONTROLE DE VERIFICAÇÃO

19 AGO 2016

Gente Seguradora S/A
Rua da Assembleia, 100 - Centro - Fortaleza - CE

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2253-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 45788-4

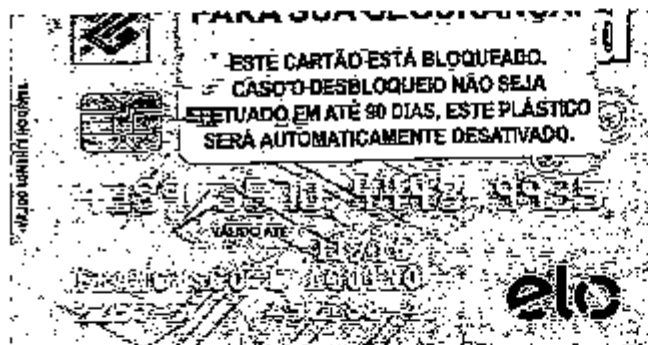
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LIMOEIRO-CE, 26 de JULHO de 2016 X. FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodutransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2015

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 648 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 04/03/2016 11:09:36

Data / Hora da Ocorrência : 26/12/2015 16:30:00

Endereço da Ocorrência: ROD BR 116

RUSSAS / CE

Ponto de Referência: SÍTIO SÃO JOSÉ



17 MAR 2016
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
17 MAR 2016
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
17 MAR 2016
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
17 MAR 2016

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Nascimento : 16/11/1982

RG: 341295299 Órgão Emissor: SSP UF: - CPF: 95539468368

Filiação: DEUSEDEIT JAIRO DE AQUINO

ANTÔNIA ALVES DE LIMA

Endereço: R CÉLIO SANTIAGO 836

CENTRO 62930000

LIMOEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: 8897195556

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Alfama - Fortaleza / CE

Histórico

QUE no dia e horário informados o noticiante sofreu um acidente automobilístico quando pilotava a motoneta HONDA/C100 BIZ ES, placa HYD-3009/CE, cor VERMELHA, chassi 9C2HA07103R009305, renavam 813859573 (veículo licenciado em nome de ANA PAULA LOPES DE SOUZA); QUE o acidente se deu quando a noticiante se dirigia de Russas para Limoeiro, quando, em determinado momento que guiava pelo acostamento, bateu em um pedaço de freio de caminhão que estava na pista, onde veio a cair; QUE devido a queda o noticiante quebrou a clavícula direita; QUE foi socorrido até o hospital de Russas e, em seguida, encaminhado ao IIP; QUE no momento do acidente o noticiante imprimia velocidade aproximada de 80km/h; QUE foi socorrido pelo SAMU; QUE não havia ingerido bebida alcoólica antes do acidente; QUE estava utilizando capacete no momento do acidente; QUE possui habilitação para guiar motocicletas; QUE teve R\$ 2.000,00 (dois mil reais) de gastos aproximadamente com remédios ou exames; QUE foi orientado que não há necessidade de terceiros para a solicitação do seguro, porém informou estar sendo assessorado pela pessoa de DEUZIMAR que tem um escritório em Limoeiro do Norte/CE; QUE apresenta cópia da Guia de Atendimento do hospital de Russas, bem como cópia autenticada de duas testemunhas que corroboram com a versão do noticiante, sendo estas: JOSÉ ARIMATEIA FERREIRA DA COSTA (CPF 427.178.503-25) e HUMBERTO CARNEIRO DE OLIVEIRA (RG 484291-82 SSP/CE); QUE o presente registro tem por finalidade a solicitação dos valores do seguro DPVAT; QUE então se dirigiu até esta delegacia a fim de noticiar o fato. NADA MAIS####

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Diego Davis

DIEGO DAVIS FURTADO CAVALCANTE - MAT.: 198867-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Alan Lima de Aquino

VISTO DO DELEGADO(A): Joanilson

JOANILSON NOGUEIRA QUEIROZ DE ALBUQUERQUE - MAT.: 404570-1-1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO, portador da carteira de identidade nº 321245298 e inscrito no CPF/MF sob o nº 95539463368, residente e domiciliado na RUA CÉLIO SANT'AGO, Cidade LIMBUÍDO DO NORTE Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins da prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 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 impugná-la, caso discorde de seu conteúdo.

FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3 de JUN 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aidesta - Fortaleza - CE

LIMBUÍDO DO NORTE - CEARÁ - 17/08/2016

Local e data



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
RUSSAS / Ceará



26/12/2015 17:42:51	GUIA DE: ☒ ATENDIMENTO ☒ OBSERVAÇÃO		- DIURNO - 37
Paciente: 00095501 - FRANCISCO ALAN LIMA DE QUINO	DN: 16/07/1982 - 33 A 1 M 10 D	Sexo: M - Est. Civil: Casado(a)	
Ignorado	Raça/Cor: Brancos	CPF: 956 394 683-65	Ocupação: VENDEDOUR
Endereço: RUA - CFSAR SANTIAGO - 0 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE - CE	CEP: 62.930-000	Nat.L.MOBEIRO DO NORTE - CE	
Contato: (88) 97195-558	Mãe: ANTONIA ALVES DE LIMA	Pai: DEUSDEJIT JARD DE AQUINO	
Convênio: SUS - SUS	Carteira:	Validade:	
Autorização:	Sispresta:	CNS:	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA - EMER	Especialidade: CLÍNICA MÉDICA	Profiss. Atend.: NILSON	Senha: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: KG. Temp.: °C. Pressão: 120x80 mmHg D.O.: 14400009529

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☒ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 JUN 2016

Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Loja 1
 Aldeota - Fortaleza / CE

HYPOTHESE BIRNOSTREIBER

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIO-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ FOG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
------------	-------------	----------

[illegible]

CONDUTA:

☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO

☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO

☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____ DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 20/02/2015 14:50:25

OBJETO: Antes do 1º Alardimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () IML () Anonimato Político () _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Abastimento registrado por: **lenice.tonucci**

Atividade: Carta de solicitação e/ou de reclamação sobre o conteúdo oferecido por fornecedores que não atendem às necessidades da comunidade educacional. Deve ser assinada pelo(a) aluno(a) e encaminhada para o responsável pelo atendimento.

Assinatura: _____ em _____ de _____ de _____

Endereço: Rua _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, CEP _____

Telefone: (____) _____-_____/_____-_____

E-mail: _____@_____._____.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUELINORG nº 341285299, data de expedição 1/1/, Órgão SSP

CPF nº 95539468368, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>CELIO SANTIAGO</u>
Número	<u>823</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62.530.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 97 19.55.56</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUN 2016

Gento Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LIMOEIRO DO NORTE - CEARA 17/03/2016Assinatura do Declarante: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUELINO

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LUXEMBO DO NORTE
AV. DOMAURI RUIO NATUÊ, 1116 - CENTRO - LUXEMBO DO NORTE/RS
FONE: (51) 3633-4336 - FAX: (51) 3633-4336 - E-MAIL: saee@luxnorte.com.br



00027345 PAR_R=2 Q1 A140002350 03/2016

ANA PAULA LOPES DE SOUZA LIMA
RUA CELIO SANTIAGO 823, CAD. 1792, CENTRO LOCALIZADO
LIMDETRO DO NORDE-CE 00.00.03.0000001580
CEP: 62.930-000

SERVICOS E TARIFAS		PREST.	VALOR
COD.	DESCRICAO		
01	AGUA		20,20
10	MULTA POR ATRASO - 01/2016		2,40

FLUORIDE TRIA

DATA TEST: 08/12/99

ANTERIOR: 68

DT ANTER.: 15/01/16

ATUAL: 73

DT ATUAL: 14/03/16

CONSUMO: 5

DIAS COM.: 28

UCOR: 00

MES CONS. DIAS

08/15	6	29
09/15	8	14
10/15	8	30
11/15	8	32
12/15	8	28
01/16	5	30
03/16	5	28

MEDIA: 6 (M3)

PARAMETRO

PARAMETRO	VALOR	VALOR LIMITE	VALOR MEDIO
PH	6,0 A 9,0	01	7,60
ATE	5,0	01	5,20
FLUOR	ATE 1,5	01	1,50

REPERATORIO

01- ETA-SEDF MUNI.

PERIODO DE ANALISE

09/03/16 A 09/03/16

ULTIMOS CONSUMOS

AGO SET OUT NOV DEZ JAN MAR

FATURA 160044671 VENCIMENTO 09/04/2016 VALOR R\$ 20,50

MENSAGENS:
 LOCAIS DE PAGTO: SAAL/ MERCANI. NOVA OPEAO/ LUJA OPDS CID.
 ALTA / FARM. SAO LUIZ/ PAULINHO VIZ. LOTERIA.
 TEL.: (83) 3425-4.000 / 8342-0350/ 8342-0365
 A VENDA DE RIRIDA ALCOODICA A MENORES L. CRIML. DENUNCIE.
 DENUNCIE MATA. SOBREVIVE QUEM TEM CONSCIENCIA. NAO DEIXE AGUA
 FRIAR. COMPERE COM SUA VIDA.
 SERVIÇO AUTOMÁTICO DE ÁGUA E ESCOTO DE LIMPEZA DO NORDE
 DE LIMA DO MANTOLOS



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LINDOIA DO NORTE
AV. DOMALBERTO DE OLIVEIRA, 1400 - CENTRO - LINDOIA DO NORTE/MS
CEP: 55200-000 - FONE: (065) 322-2401/41
FAX: (065) 342-4099 - Site: www.saae-lindoia.com.br

150044671 ANA PAULA LOPES DE SOUZA LIMA 03/2016
FATURA 150044671 VENCIMENTO 09/04/2016 VALOR R\$ 20,60

0002734.03 16-150044671

SAC, NEW YORK (100-89030) 8-17340316168-0 04467102004-F

(U)

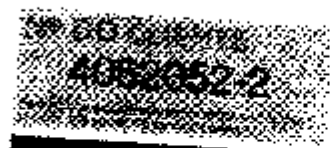
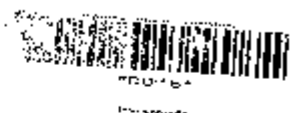


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JUN 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldobro - Fortaleza / CE



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SERVIÇO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA

Conta nº 01 25000 01 134518 - 3 Data de emissão 02/12/2015

Nome do cliente FRANCISCO DEUZINAR CRISOSTOMO DA SILVA

Endereço RU SABINO ROBERTO 63046 CENTRO - LIM. DO NORTE - 62930000

Medidor 23343278 Poste 0000 0000

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFASICO Valor de desconto 0,00

Nº de contrato 818347133-15

DADOS DE PAGAMENTO			DADOS DE CANCELAMENTO DE CANCELAMENTO		
Mês de vencimento	Mês de pagamento	Valor de desconto	Valor de desconto	Valor de desconto	Valor de desconto
02/2015	02/12/2015	04/01/2016	02/2015	02/12/2015	04/01/2016
Valor de desconto (R\$)	Alíquota	Valor de imposto	Valor de desconto	Alíquota	Valor de imposto
29,41	7,00	2,07	29,41	7,00	2,07
VALOR DE DESCONTOS E VALOR DE CANCELAMENTO			VALOR DE DESCONTOS E VALOR DE CANCELAMENTO		
R\$ 29,41 (29,41) (29,41) (29,41) (29,41) (29,41)			R\$ 29,41 (29,41) (29,41) (29,41) (29,41) (29,41)		

INFORMAÇÕES SOBRE O PATRIMÔNIO DO CONSUMIDOR							
Valor atual	Valor anterior	Valor de desconto	Valor de imposto	Valor de desconto	Valor de imposto	Valor de desconto	Valor de imposto
5001	1952	1,00	43	2,00	43	2,00	43
02/12/15	03/12/15	29,41	43	2,00	43	2,00	43

VALOR CONSUMO DO MÊS 28,41

QUOTA PARCELAMENTO 1/9 17,75

MULTA MORATORIA REF 11/2015 0,76

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 8,07

DOAÇÃO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1 5,00

TAXA DE RELOGIO 6,49

BEM ESTAR PLANO FAMILIAR - 0800 600 0560 10,90

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,70)

HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Mês	Consumo	Mês	Consumo
01	10	01	10
02	10	02	10
03	10	03	10
04	10	04	10
05	10	05	10
06	10	06	10
07	10	07	10
08	10	08	10
09	10	09	10
10	10	10	10
11	10	11	10
12	10	12	10

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos lembrando o canal telefônico 24h 1550 1550 para dúvidas e para contato com o cliente. Para consultar os dados de acesso acesse o site www.caelcet.com.br

A CAELCE AGRADECE E INDEBIDA PELA CONTRIBUIÇÃO DOS SEUS PAGANTES.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO



Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à lavagem de Dinheiro.

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 do 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 FRANCISCO DEUZIMAR CRISOSTOMO DA SILVA, portador (a) de RG nº 2002021003588, expedido por SSP-CE em 21/01/2002, CPF/CNPJ. Nº 818.347.153-15, na qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) FRANCISCO ALAN OLIVEIRA DE ARAUJO do sinistro de DPVAT da natureza TRAFEGADO de vítima FRANCISCO ALAN OLIVEIRA DE ARAUJO, e conformedeterminação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: VENDEDOR/CORRETOR. Renda Mensal: R\$2.500,00(em média). Documentos comprobatórios: EXTRATOS BANCÁRIOS E RECIBOS DE EMPRESAS PARA AS QUAIS PRESTO SERVIÇOS.

Francisco deuzimar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Auburna - Fortaleza / CE

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à lavagem de Dinheiro.

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 de 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 FRANCISCO DEUZIMAR CRISOSTOMO DA SILVA, portador (a) de RG nº 2002021003588, expedido por SSP-CE em 21/01/2002, CPF/CNPJ. Nº 818.347.133-15, na qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) FRANCISCO ALAN LIMA DE ARAUJO do sinistro de DPVAT da natureza FURTO da vítima FRANCISCO ALAN LIMA DE ARAUJO, e conformedeterminação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: VENDEDOR/CORRETOR, Renda Mensal: R\$2.500,00(em média), Documentos comprobatórios: EXTRATOS BANCÁRIOS E RECIBOS DE EMPRESAS PARA AS QUAIS PRESTO SERVIÇOS.

Francisco deuzimar Crisostomo da Silva
ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Lucas, 300 - Loja 147 Aideola - Fortaleza / CE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA LOPES DE SOUZA LIMA,
 RG nº 2008178803-1, data de expedição 26/04/2016
 Órgão SSP, portador do CPF nº 688.732.743-15, com
 domicílio na cidade de LIMOEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CELSO SANTIAGO, nº 823,
 complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima FRANCISCO ALBA LIMA DE AQUINO cujo o condutor era
FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Veículo: HONDA BIZ C1100 ES
 Modelo: HONDA C1100 ES
 Ano: 2002
 Placa: HYD 3009
 Chassi: 9C2HA07403R009305
 Data do Acidente: 20/12/2015
 Local e Data: ROD BR 116 - RUSSAS - CEARA - 20/12/2015



Ana Paula Lopes de Souza Lima
 Assinatura do Declarante

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



Se declarar com autenticidade a(s) firma(s)
Ana Paula Lopes de Souza Lima
 Data: 26.04.2016
17 MAR 2016
 Verdade
☒ Declarante é Proprietário - Titular
☐ Declarante é Proprietário - Não é Titular Autorizada
☐ Declarante é Proprietário - Supercondutor
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 OPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 JUN 2016

Gente Seguradora S/A
 Av. Duim Luis, 300 - Loja 147
 Aldeota - Fortaleza / CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS PRAIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA VEÍCULO DE MOTORISTA

FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

DOCUMENTO / OUTRAS INFORMAÇÕES: 141295299 852 CE

CNPJ: 955.394.683-48 DATA NASCIMENTO: 16/11/1992

RENOME: DENISE DE JAIRO DE AQUINO
 ANTONIA ALVES DE LIMA

PROFISSÃO: [] SOC: [] CATEGORIA: AB

CPF: 05360007561 DATA: 27/11/2010 VIGÊNCIA: 23/11/2011

PROBADO PLACARD 951008255

PROBADO PLACARD 951008255

DATA EMISSÃO: 07/05/2014

02880640080
 02139596960

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTRIBUIÇÃO NÃO VERIFICADA

30 JUN 2016

Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Lupa 147
 Ardeata - Fortaleza - CE

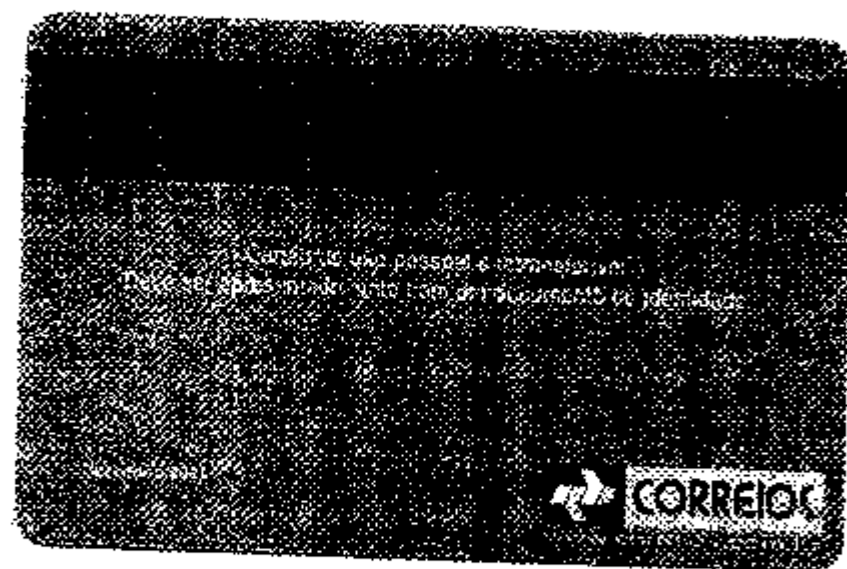


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO

127

Francisco Domingos Cavalcante da Silva
FOTOGRÁFIA DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO
SERIAL: 2002021003582 DATA DE EMISSÃO: 21/1/2002
NOME: FRANCISCO DEUZIMAR CRISOSTOMO DA SILVA
FILIAÇÃO: JOSE NETO DA SILVA E MARIA DE F. ATIMA CRISOSTOMO DA SILVA
NATURALIDADE: LIMOEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO: 31/1/1979
DOC. CRISTÃO: CERT. NASC. 1052 L A 10 F
143 P COMPROV. JAGUARIBARA CE
SECRETARIA DE DEFESA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS EPYAT
CCV 2.000.450 VERIFICADO
30 JUN 2015
Gente Seguradora S/A Av. Duque de Caxias, 900 - Lapa, 147 Alameda Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRA
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 012259654411
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD. RENAVAM 00813859573 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2015

NOME ANA PAULA LOPES DE SOUZA
LIMOEIRO DO NORTE / CE

CPF / CNPJ 68878974315 PLACA HYD3009/CE

PLACA ANT./UP 7CE CHASSI 9C2HA07103R009305

ESPECIE/DPO PAS/MOTONELO/MAG APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/C100 BIZ ES ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2003

CAF/POT/CL 2E/0CV/97CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS 2ª VENC. COTAS 3ª

FAIXA IMVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL LIMOEIRO DO NORTE DATA 04/11/2015

Igor Ponte
Superintendente

Departamento de Sinistros
CPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
30 JUN 2016
Seguradora S/A
Dom Lins, 300 - Loja 147
Atibaia - Furchira / CE

OBRIGATORIO DE RANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
RES. DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012259654411 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 04/11/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 68878974315 PLACA HYD3009

RENAVAM 00813859573 MARCA/MODELO HONDA/C100 BIZ ES

ANO FAB. 2002 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2HA07103R009305

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRA (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 9,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL BILHETE (R\$) 29,26

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 08/11/2015

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.684/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: HA07E13009305 01613

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

Nº 010309068298

DETRAN - CE

06663502540

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

010309068298

MARC

01 813859573

0000000000

ANA PAULA LOPES DE SOUZA
RUA CELIO SANTIAGO, 00836
- CENTRO

62930000 - LIMOEIRO DO NORTE/CE

68878974315

HYD3009

MARCELIO DA COSTA CAVALCANTE

*****/CE

9C2HA07103R009305

PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*

GASOLINA

HONDA/C100 BIZ ES

2002 2003

2E/OCV/97CC

EARTIC

VERMELHA

MOTOR: HA07E19009305

LIMOEIRO DO NORTE

27/01/2014

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

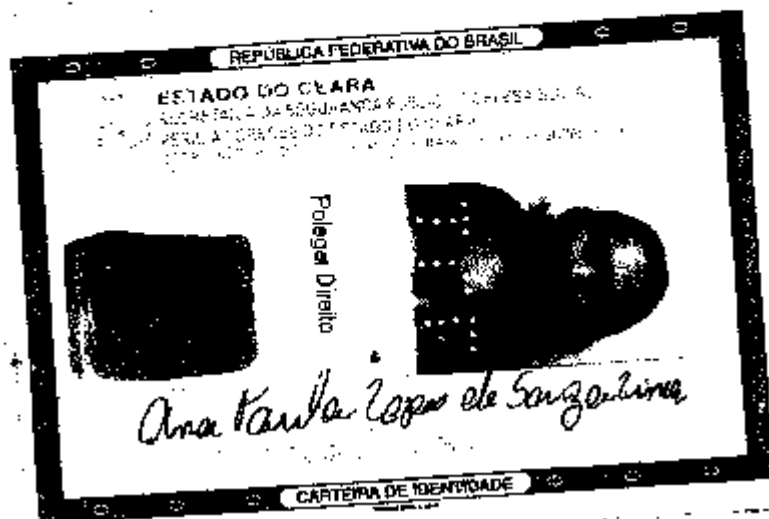
CONTUO NAO VERIFICADO

30 JUN 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - Lapa 147

Aldeota - Fortaleza / CE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2008178803 - 1 DATA DE EMISSÃO 26/04/2012

NOME ANA PAULA LOPES DE SOUZA LIMA

LEÔNICIO ALVES DE SOUZA

CLEONICE LOPES DE SOUZA

NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 19/09/1968

DOC. OBRIGADO

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 6086 FOLHA: 284

LZRD: 014 LIMOEIRO DO NORTE - CE

688.789.743-15

RE: ART: 302206496

P. 156

LEI Nº 7.116 DE 2006/RS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONCLUÍDO NÃO VERIFICADO

3 & JUN 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Loja 143

Aldébia - Fortaleza / CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160425099 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO **Data do acidente:** 26/12/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura em clavícula direita.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160425099 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO **Data do acidente:** 26/12/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura em clavícula direita

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160425099

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO

Data do acidente: 26/12/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Refere dor em ombro direito. Apresenta cicatriz cirúrgica em região clavicular direita, amplitude articular de ombro direito normal.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura clavícula com boa evolução, não necessitou de fisioterapia. Alta definitiva

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 10/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Carlos Virgílio de Andrade Chaves

CRM do médico: 10790

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

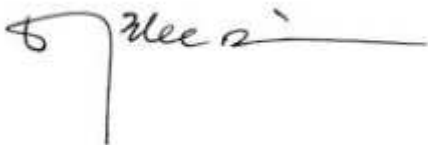
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ALAN LIMA DE ALEIXO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: VENDEDOR
Identidade: 541255299 CPF: 955 394.683-68
Endereço: CELSO SANTIAGO - N: 323 - CENTRO

OUTORGADO:

Nome: FRANCISCO DEZIMAR CRISOSTOMO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO
Identidade: 262025003583 CPF: 818 347 133-15
Endereço: RUA SARINHO ROBERTO - 3046 - CENTRO

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: LIMOEIRO DO NORTE - CEARA - 16/03/2016



FRANCISCO ALAN LIMA DE ALEIXO
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHEC DA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)
Francisco Alan Lima de Aleixo
de Aleixo
17 MAR 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 310 - Lapa 147
Aldeota - Fortaleza / CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONCLUÍDO NAD VERIFICADO
30 JUN 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 310 - Lapa 147
Aldeota - Fortaleza / CE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ALAN LIMA DE AQUINO** Sinistro: **3160425099** Data: **26/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CELIO SANTIAGO, 823, CAD 1792 - CENTRO - Limoeiro do Norte - CE - CEP 62930-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /CE**] **341295299**

Data local do exame: [**10/11/2016**] **Limoeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da clavícula direita. Refere dor em ombro direito. Apresenta cicatriz cirúrgica em região clavicular direita, amplitude articular de ombro direito normal.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico da fratura clavícula com boa evolução, não necessitou de fisioterapia. Alta definitiva

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.