

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Nº Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180545600**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

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 3180545600** 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

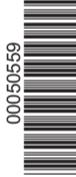
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180545600**

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004372

Conta: 000009047-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	115.173.828-07	RAIMUNDO Ferreira MARTINS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	RAIMUNDO Ferreira MARTINS		CPF:	115.173.828-07
Profissão:	Endereço:	RUA 06, S/Nº, CONJUNTO JOSÉ A. MARTINS		Número: S/Nº Complemento:
Bairro:	Cidade:	NANA RUSAS		Estado: CEARÁ CEP: 62.200-000
E-mail:	Tel/DDD: (88) 99968-0286.			

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

 RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4372 CONTA: 9047 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

Local e Data: NANA RUSAS-CE, 19.11.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 NOV. 2018



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

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 689 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/09/2018 09:52:31**
Data / Hora da Ocorrência: **01/08/2018 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **PROXIMO A RODOVIARIA**
Complemento:
Bairro: **NOVA**
Município: **NOVA**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO FERREIRA MARTINS**

Nascimento: **CPF:** **RG:** **CEP:** **UF:** **UF:** **UF:**

RG: 20774581 | Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA DONA MARTINS

CESARIO FERR

Endereço: **RUA RUA**

Bairro: PANTANAL

CEB-CEB-200-000

Município: **NO**

- 1 -

Rechtsanwälte

Dados do(s) Veículo(s):
1) Placa: **UVW3125** UF: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:

Placa: HVW3125 UF: CE Municipio: TAMBORÉ Chassi: 963M63700XB018710 Renavam: 723108129 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CBX 200 STRELLA Ano

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CDX 250 STRADAVAN
Fabricação: 1999 Ano Modelo: 1999 Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERDE Proprietário: BAIMUNDO FERREIRA

ENVOLVI

Histórico

O declarante informou que é habilitado CNH 00941401338/AMERICANA/SP, Categoria AD; Que na data de 01/08/2018 por volta de 16h estava trafegando em sua motocicleta HONDA/CBX 200/STRADA, ANO 1999, placa: HVW 3125 De sua propriedade, em uma rua próxima a Rodoviária de Nova Russas que não sabe dizer o nome; Que é uma rua de terra sem calçamento; Que estava andando em sentido à rodoviária quando a moto derrapou numa ribanceira e caiu ao solo; Que caiu a uma distância de uns 10 metros da motocicleta; Que um rapaz de nome Francisco Erivan Veras de Carvalho estava passando pelo local, presenciou o fato e pode testemunhar; Que um outro rapaz Gonçalo de Moura Chaves Neto que é seu vizinho e ouviu a narrativa do fato podendo testemunhar; Que foi socorrido por populares para o Hospital Municipal José Gonçalves Rosa de Nova Russas - Ce, onde recebeu atendimento médico; Que na queda fraturou o punho esquerdo; E nada mais disse.///

As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes dos arts 339 e 340 do CPB.

APPENDIXA DE SEGURIDA

21 NOV. 2018

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA BOSSAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 689 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

WANDERLEY VIEIRA LIMA - MAT.: 3012376X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JAILTON SILVA RODRIGUES - MAT.: 30120361

1º TEST. Francisco Henrique Vieira de Carvalho

2º TEST. Ronald de Moura Chaves Neto



LÍMIA CORRINTORA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

ASS:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	115.173.828-07	RAIMUNDO Ferreira MARTINS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	RAIMUNDO Ferreira MARTINS		CPF:	115.173.828-07
Profissão:	Endereço:	RUA 06, S/Nº, CONJUNTO JOSÉ A. MARTINS		Número: S/Nº Complemento:
Bairro:	Cidade:	NANA RUSAS		Estado: CEARÁ CEP: 62.200-000
E-mail:	Tel/DDD: (88) 99968-0286.			

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

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4372 CONTA: 9047 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

Local e Data: NANA RUSAS-CE, 19.11.2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

21 NOV. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04372

CONTA: 00000009047-2

Nr. da Autenticação D60760D2BDE247AC

SERVÍCIO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Rua Dr. Almir Fariss, 110 - Centro - Nova Russas
 CEP: 62200-000 - CNPJ: 07.680.398/0001-29
 Fone: (61) 3672-1212 - SAAE Tel: (61) 99915-9938 | (61) 99244-6589
 E-mail: saaenovarussas@bol.com.br

INSCRIÇÃO CLASSE TARIFA ECONOMIAS MÊS/FAT
0002980.0 PAR R-1 RES COM IND PUB OUT **09/2018**

HIDROMÉTRICO INSTALAÇÃO LOCALIZAÇÃO FATURA
140100 01/07/07 00.00.02.0000016300 180078415

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

FRANCISCO DAS CHAGAS FERREIRA LIMA

RUA 06 - , CONJ. JOSE H. MARTINS

CEP: 62.200-000 NOVA RUSSAS-CE

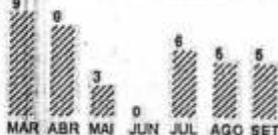
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		18,35

HIDROMETRIA

LEITURA DATA
 ANTERIOR.: 1614 06/09/18
 ATUAL.....: 1614 06/09/18
 CONSUMO...: 05 DIAS:31
 LEITURISTA: 03 OCO:50

ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 5 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
CCP	ATE 18L	05	5,30
PH	6,8	05	7,21
CLORO	ATE 5,5M	05	1,59
TURBIDEZ	ATE 5U	05	0,21
FLUOR	ATE 1,5	05	0,81

O SAAE PARABENIZA PELA SUA PONTUALIDADE.

VENCIMENTO 01/10/2018 VALOR R\$ 18,35

HIDROMETRO PARADO.

CONTA CALCULADA COM BASE NA MEDIA DE CONSUMO.

SC1807008

SERVÍCIO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Rua Dr. Almir Fariss, 110 - Centro - Nova Russas
 CEP: 62200-000 - CNPJ: 07.680.398/0001-29
 Fone: (61) 3672-1212 - SAAE Tel: (61) 99915-9938 | (61) 99244-6589
 E-mail: saaenovarussas@bol.com.br

0002980.0 FRANCISCO DAS CHAGAS FERREIRA LIMA/09/2018

VENCIMENTO 01/10/2018 VALOR R\$ 18,35

SAE SAE SAE SAE
 0002980.09.18.180078415
 02610000000-7 18350264000-0 29800918180-1 07841500004-7



Esta conforme o original apresentado
nestas notas. Dou fé.

Nova Russas-CE

12 SET 2018

Em testemunha de verdade,

Pedro, Oficial Zelador - Substituto
 J. L. L. da Silveira - Oficial Páro - Substituto
 L. M. M. Magalhães Rodrigues - Escrivão Contratado
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



CARLOS ANTONIO JOAQUIM DE SOUZA FILHO
 AV. ANTONIO JOAQUIM DE SOUZA FILHO
 CENTRO - NOVA RUSSAS - CE
 HT054.090

0002980.09.18.180078415

21 NOV. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 547944580

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
NOV/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
8481927 DV 8

VENCIMENTO

10/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

DADOS DO CLIENTE

Rota 01 038000 01 0482600

Medidor

Poste

Nome IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA

1493290

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora
RU ZACARIAS CARLOS DE MELO 00584 SAO VICENTE CRATEUS
63700000

RG / CPF / CNPJ 478.864.553-04

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 8090 8046 1 44 0 44

DESCRÍCIAO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação | Prev. Próxima
Leitura

01/11/2018

04/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

58E4.11D5.E122.6A44.3315.F8C8.2C35.5685

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO | Aliquota | Valor do Imposto

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,09

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

29,44

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,27)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica:

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 | 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

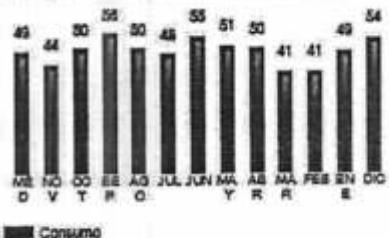
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,40

Conjunto: CRATEUS

Mês: SET/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8481927-8 Nº da Nota Fiscal: 547944580 Total a Pagar (R\$): 54,82
Data de Emissão: 09/11/2018 Referência: NOV/2018 N° de Controle: 0008481927 00016 4319 2 29

83890000000-5 54820031000-0 00084819270-2 00164319201-6



CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa 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 ENAO PESSOA 18 inscrito (a) no CPF sob o N° 914.345.303 / 10 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAIMUNDO PEREIRA MARTINS inscrito (a) no CPF sob o N° 115.573.823 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura TNVAL1062 da Vítima RAIMUNDO PEREIRA MARTINS, inscrito (a) no CPF sob o N° 115.573.823 / 07, 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>RUA ZAPATAS CARLOS DO MELO</u>	Número	<u>584</u>	Complemento			
Bairro	<u>SÃO MIGUEL</u>	Cidade	<u>BRASÍLIA</u>	Estado	<u>CEARA</u>	CEP	<u>63.700-000</u>
Email		Local e Data	<u>188) 99650-3240</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>188) 99968-0286</u>	Telefone celular (DDD)	

Brasília - DF, 19 de Novembro de 2018
Local e Data

LÍDER CORRÊA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

Eduardo Líder
Assinatura do Declarante

SS:

DATA / HORA

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: 14655 RAIMUNDO FERREIRA MARTINS	Data - Hora 01/08/2018 - 16:14	Atendimento 8911		
Cartão Nacional de Saúde(CNS) 700000915308406	Documento	Data de Nascimento 07/12/1967		
Idade 50	Sexo M			
Nome da Mãe MARIA DONA MARTINS	Nome do Pai CESARIO FERREIRA MARTINS	Tel.: Contato 88996812812 / 88996812812		
convênio SUS BPA				
Endereço: RUA 06	Nº S/N	Bairro: PANTANAL	Cidade/UF NOVA RUSSAS/CE	CEP 62200000
Médico: DR. FRANCISCO KLEBER FERNANDES ARAUJO	P.S.F: PANTANAL	Agente de Saúde:		

História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

Exame Físico / Triagem

Temperatura: °C

Frequência Cardíaca: bpm

Glicemia: mmol/dL

Peso:

Relato: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: mmHg

Frequência Respiratória:

SpO2:

Altura:

IMC:

Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

fratura no punho - E.

Conduta/Tratamento

Medicamentos

Exames Solicitados

Repcionista / Lucia

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável/Saída

Dr. Francisco Kleber Fernandes Araujo

[VOLTAR \(tela_medico.php\)](#)

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 NOV, 2018

ASS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
 CNS 70000915308406
FICHA DE REFERÊNCIA

VACS C Lourdes
 1. Preencher esta ficha em três vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

1405000805

Unidade de Origem: Pantanal R: 20774581-X
 Distrito Sanitário: 15º Cruz Município:

Nome: Raimundo Ferreira Martins Prontuário Nº: _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: 07/12/61 Ocupação: _____
 Endereço: R: 06 Bairro: Pantanal Tel: 99463071

Motivo do Encaminhamento: franuas no ponto esquerdo

Resultado de Exames: hyp. ponto esquerdo

Consulta já Realizada:

Lesyanis Casado Tamayo

Medica

RNIS-CE 1300591

Programa Mais Medicos para o Brasil

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: Profissional: _____
 Unidade de Referência: Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____ / ____ / ____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

LIDA

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não
 21 NOV. 2018

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

(*) Utilizar também como resumo de alta

RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: Raimundo Ferreira
Martins
2. LOCAL: Nova Russas
3. DATA DO ACIDENTE: 01.08.2018
4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
Acidente de trânsito
lugar: Estrada
horário: 06h00
5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Clínico Consumo
2012. 13x, anestésico, anestésico
redução da fratura imobilizada
2012 76 DIA com LIMA GESSADA
6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Deficiência física
Rigidez articular, perda muscular
perda da força, limitação
funcional, redução da mobilidade
dos movimentos.
7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: Ponto e
Movimento Grado 75%

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 02/01/19


Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253

ASSINATURA E CARIMBO



986797947
PROFILO PLASTIFICAR



UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

ASS: -



986797947
Mondadori Publishing Group



MISSA CORRESPONDA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

ASS: -

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
914.345.303-10

Nome
ENOS PESSOA LIRA

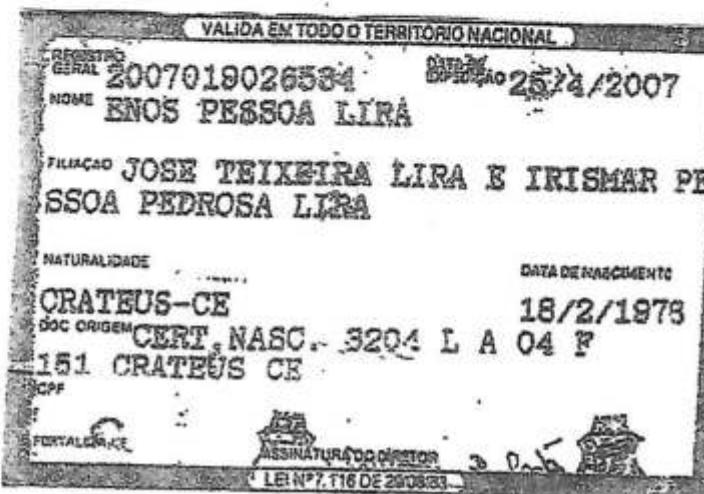
Nascimento
18/02/1978

CÓDIGO DE CONTROLE
1770.F9F0.A132.F580



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:38:54 do dia 07/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT**

SEGURADORA
LÍDER

Nome Proprietário / Solicitante:
RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Placa:	HVW3125	Marca / Modelo:	HONDA/CBX 200 STRADA	Chassi:	9C2MC2700XR019710	
Ano fabricação:	1999	Ano / Modelo:	1999	Renavam:	723108129	
Código seguro:	09	Prémio líquido	ISOF (0,38%) 0,70	Prémio total (R\$):	185,50	Código corretor: SUSEP

***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via Usuário

856800000014 855009248607 800072310819 299021118060 Autenticação Mecânica

**SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT**

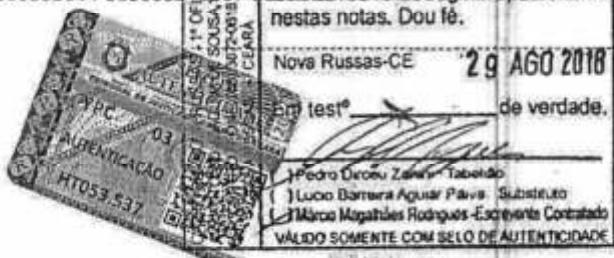
SEGURADORA
LÍDER

Nome Proprietário / Solicitante:
RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Placa:	HVW3125	Marca / Modelo:	HONDA/CBX 200 STRADA	Chassi:	9C2MC2700XR019710	
Ano fabricação:	1999	Ano / Modelo:	1999	Renavam:	723108129	
Código seguro:	09	Prémio líquido	ISOF (0,38%) 0,70	Prémio total (R\$):	185,50	Código corretor: SUSEP

***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via LÍDER

856800000014 855009248607 800072310819 299021118060 Autenticação Mecânica



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINTA: de terça de segunda-feira a sábado, às:

221-865004185-8

09/08/2018 HORAS DE 12:06:11

LOTE: 05.17654-1 TERM: 010055
LOCAI IDAOF: TAMBORI
AG. VINCULADA: 4372

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DPVAT SEGURO OBRIGATÓRIO

VALOR DO PAGAMENTO: 185,50

856800000014 855009248607
800072310819 299021118060

221-865004185-8

1ª VIA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180545600 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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: 3180545600 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180545600 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-médico pericial: EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E A POSTERIOR TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA E COM SEQUELAS NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE M

CRM do médico: 10432

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180545600 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-médico pericial: EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E A POSTERIOR TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA E COM SEQUELAS NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE M

CRM do médico: 10432

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

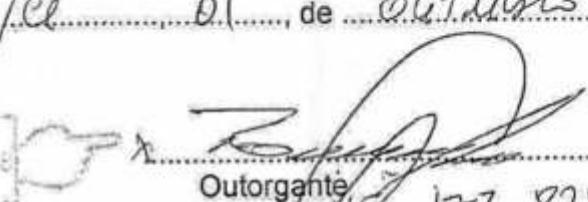
Outorgante: Raimundo Ferreira martins, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Paulo Ob., nº 516, bairro Pantanal, Município de Nova Russas, Estado de(o) Ceará, Cep: 62.200-000, portador(a) do Rg nº 20774581, SSP/EP e CPF nº 115.173.828-07.

Outorgado: Enzo Pessas him, brasileiro(a), estado civil Selteiro, profissão motorista, residente e domiciliado(a) à Rua 24 de Maio, nº 584, bairro São Vicente, Município de Crato, Estado de (o) Ceará, Cep: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2007019026534 SSP/EP e CPF nº 914.347.307-10.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Raimundo Ferreira martins, ocorrido em 01.08.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Nova Russas/ce, 01, de outubro de 2018.


Outorgante
CPF Nº 115.173.828-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419742/18

Número do Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF: 115.173.828-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ENOS PESSOA LIRA : 914.345.303-10

Documentos de identificação

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: 26/11/2018
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419742/18

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF: 115.173.828-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ENOS PESSOA LIRA : 914.345.303-10

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

RAIMUNDO FERREIRA MARTINS : 115.173.828-07

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: 21/11/2018
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ENOS PESSOA LIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419742/18

Número do Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF: 115.173.828-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/01/2019

Nome: ENOS PESSOA LIRA

CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019

Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 001.023.383-02

ENOS PESSOA LIRA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180545600 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-médico pericial: EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E A POSTERIOR TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA E COM SEQUELAS NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE M

CRM do médico: 10432

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180545600

Nome do(a) Examinado(a): RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA 06 CONJUNTO H MARTINS, 0 - Nova Russas/CE - CEP 62200-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20774581 - SSP-SP

Data e Local do Acidente : 01/08/2018 - PRÓXIMO A RODOVIÁRIA - NOVA RUSSAS-CE

Data e Local do Exame : 09/01/2019 RUA CEL JOÃO CICERO MEMÓRIA, 244 - GUARACIABA DO NORTE/CE - CEP 62380-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA FECHADA DO PUNHO ESQUERDO.

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

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E A POSTERIOR TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA E COM SEQUELAS NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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

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

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

SEQUELAS ANATOMOFUNCIONAIS DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

“Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PUNHO ESQUERDO

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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



Dr. Wellington Farias Melo
MÉDICO
CREMEC 10432

JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE MENEZES CRM : 10432
/ UF :CE