

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

Carta nº 13625008



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



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

Pag. 00773/00774 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13781573

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 115.173.828-07 Nome completo da vítima: 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: MOZORISTA Endereço: RUA 06, S/Nº, CONJUNTO JOSÉ H. MARTINS Número: 5/Nº Complemento: _____

Bairro: PARANAL Cidade: NOVA RUSSAS Estado: CEARÁ CEP: 62.200-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 181 99968-0086

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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4372

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 9047

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: NOVA RUSSAS-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

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 RODOVIÁRIA**

Complemento:

Bairro:

Município: **NOVA RUSSAS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **RAIMUNDO FERREIRA MARTINS**

Nascimento:

CPF:

RG: **20774581**Orgão Emissor: **SSP**UF: **SP**Filiação: **MARIA DONA MARTINS****CESARIO FERREIRA MARTINS**Endereço: **RUA RUA 06**Bairro: **PANTANAL**Município: **NOVA RUSSAS/CE**CEP: **62.200-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: HVW3125 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:****9C2MC2700XR019710 Renavam: 723108129 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CBX 200 STRADA Ano****Fabricação: 1999 Ano Modelo: 1999 Combustível: GASOLINA Cor:****VERDE Proprietário: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****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.

A presente cópia fotostática confere com original exibido nestas Notas públicas. Entendido e verdade. Deu fe. Nova Russas/CE
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

21 NOV. 2018

ASS:

Maria Aline Martins
Escrevente



10 SET 2018
Bdl. Frederico Heberth Carvalho de Santana
Humberto Carvalho de Santana - Substituto
Elmar Chaves Lopes Rodrigues - Escrevente

Pág. 1 de 2

em: 06/09/2018 10:28:49



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 ENRIQUE VIEIRA de coucho

2º TEST. GONÇALVES de moune chaves neto



DELEGACIA CORRIGIDA 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: 115.173.828-07 Nome completo da vítima: 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: MOZORISTA Endereço: RUA 06, S/Nº, CONJUNTO JOSÉ H. MARTINS Número: 5/Nº Complemento: _____
Bairro: PARANAL Cidade: NOVA RUSSAS Estado: CEARÁ CEP: 62.200-000
E-mail: _____ Tel (DDD): 181 99968-0086

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 OPÇÃO 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) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: NOVA RUSSAS-CE, 19.11.2018
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ (* Assinatura de quem assina A ROGO)
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
CORR. DE SEG. LTDA.

(*) 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

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------|---------------------|--------------------|---------------------------|
| Prontuário | 100976 | Alimentação | 0003 | Nome do Paciente | RAIMUNDO FERREIRA MARTINS |
| Documento(s) | 20774581 | Local | TAMBORIL/CE | Idade | 50 Anos(s) |
| Data de Nascimento | 07/12/1967 | Sexo | Masculino | Estado Civil | Solteiro(a) |
| Nome | MARIA DONA MARTINS | CNPJ | 63750-000 | Município | TAMBORIL |
| Endereço | DISTRITO ALEGRE, SN | UF | CE | Teléfono | 88992148659 |
| Profissão | | Empresa | | CPF do Responsável | |
| Responsável | NATALIA DEFPANCHIEF MARTINS | Endereço | DISTRITO ALEGRE, SN | Município | TAMBORIL |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|---------|----------|------------------------------|
| Data Atendimento | 02/08/2018 | Horário | 11:14 | Convênio | SUS |
| Profissional de Atendimento | JAMIL SANCHES JORQUEIRA | Matrícula | | CID | |
| Indicador de Acidente | | CRM/UF | 6945/CE | Função | CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO |
| Observação | SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------|-------------|-----|-----------|-----|----------|----|-----------|----|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | 85,000 | Altura (cm) | 160 | PA (mmHg) | 120 | FC (bpm) | 95 | OT (mmHg) | 95 |
| Relatório: | paciente vítima de queda de motocicleta, com suspeita de trauma em punho E. | | | | | | | | | |
| Responsável pela Classificação: | ANA LINHARES PINTO | | | | | | | | | |
| Classificação de Risco: | AZUL Data e Hora: 02/08/2018 11:38 | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Relatório: | paciente vítima de queda de motocicleta, com suspeita de trauma em punho E. | | | | | | | | | |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

12:20

UBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

55:

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Dr. JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Responsável: NATALIA DEFPANCHIEF MA

Assinatura: Responsável

21 NOV. 2018

UBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.

dores punho e
u do edem e
unhas punho
punho e
punho e
punho e

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: 000000009047-2

Nr. da Autenticação D60760D2BDE247AC

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Rua Dr. Almir Farias, 110 - Centro - Nova Russas/CE
 CEP: 62200-000 - CNPJ: 07.890.399/0001-29
 Fone: (85) 3672-1212 - SAAE Tre: (85) 93815-9638 (85) 93244-8589
 E-mail: saenovanussas@bol.com.br

INSCRIÇÃO: 0002980.0 CLASSE: PAR R-1 RES: 01 ECONOMIA: COM IND. PUB. OUT. MÊS/FAT: 09/2018
 HIDROMETRO: 140100 INSTALAÇÃO: 01/07/97 LOCALIZAÇÃO: 00.00.02.0000018300 FATURA: 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: 1514 | 06/08/18 |
| ATUAL: 1614 | 06/09/18 |
| CONSUMO: 05 | DIAS: 31 |
| LEITURISTA: 03 | OCO: 50 |

MÉDIA: 5 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS

| MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 9 | 8 | 3 | 0 | 6 | 5 | 5 |

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

| RESERVATÓRIO: 02 - CK D'ÁGUA RDC | PERÍODO: 01/01/18 A 05/01/18 | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------|-------------|
| PARÂMETRO | PADRÃO | TOTAL ANÁLISE | VALOR MÉDIO |
| CCB | ATE 100 | 05 | 2,30 |
| PH | 5 A 9 | 05 | 7,21 |
| CLORO | ATE 5 M | 05 | 1,59 |
| TURBID. | ATE 5 U | 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 MÉDIA DE CONSUMO.

0002980.0 FRANCISCO DAS CHAGAS FERREIRA LIMA 09/2018
 VENCIMENTO 01/10/2018 VALOR R\$ 18,35

SAAE: 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 test. de verdade.

 Pedro, Diretor Zônir - Tapanão
 J. Luiz Barreira Aguiar Parva - Substituto
 Marco Napoleão Rodrigues - Escrivão Contratado
 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

NOVA CORRIGIDA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 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 8VENCIMENTO
10/12/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
54,82Rota 01 038000 01 0482600 Medidor 1493290 Poste 0000 0
Nome IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA
Endereço PostalEnd. 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

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 01/11/2018 Prev. Próxima Leitura 04/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,09
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 29,44
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,27)

ÍNDICE 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 | | |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

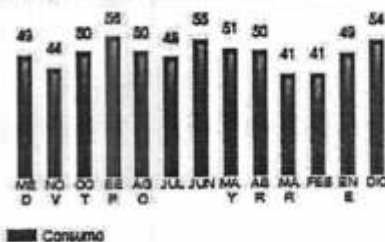
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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 Nº de Controle: 0008481927 00016 4319 2 29

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



CORRETORA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu ENZO PESSOA LIMA Inscrição (a) no CPF sob o Nº 914.345.303 / 10 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAIMUNDO FERREIRA MARTINS Inscrição (a) no CPF sob o Nº 115.173.823 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima RAIMUNDO FERREIRA MARTINS Inscrição (a) no CPF sob o Nº 115.173.823 / 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 ZACARIAS CARLOS DO MELO</u> | | Número <u>584</u> | Complemento |
| Bairro <u>SÃO VICENTE</u> | Cidade <u>CRATEÚS</u> | Estado <u>CEARÁ</u> | CEP <u>63.700-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) <u>1881 99630-3249</u> | | Telefone celular (DDD) <u>1881 99668-0286</u> |

CRATEÚS - CE, 19 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

LÍDER CORRUPÇÃO DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Ass:

DADOS DO PACIENTE

| | | | |
|---------------------|---------------------------|-------------|------|
| Prontuário | 100976 | Alimentação | 0003 |
| Documento(s) | Identidade: 20774581 | | |
| Data de Nascimento | 07/12/1967 | | |
| Local | TAMBOUIL/CE | | |
| Nome do Paciente | RAIMUNDO FERREIRA MARTINS | | |
| Nome | MARIA DONA MARTINS | | |
| Endereço | ZONA RURAL | | |
| CEP | 63750-000 | | |
| Município | TAMBOUIL | | |
| UF | CE | | |
| Telefone | 88992148659 | | |
| Idade | 50 Anos(s) | | |
| Sexo | Masculino | | |
| Estado Civil | Solteiro(a) | | |
| CNS | 700000915308406 | | |
| Guia de Autorização | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|---------|-------|
| Data Atendimento | 02/08/2018 | Horário | 11:14 |
| Convênio | SUS | | |
| Matrícula | | | |
| CID | | | |
| CRM/UF | 6945/CE | | |
| Função | CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO | | |
| Indicador de Acidente | SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA | | |

Observação: trouxe guia dia 02/08/18

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------|-------------|-----|--------|------|---------|----|---------|----|-----------|-----------|---------------|----|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | 85,000 | Altura (cm) | 160 | T (°C) | 36,5 | F (bpm) | 85 | R (rpm) | 19 | PA (mmHg) | 100 X 120 | Oximetria (%) | 95 |
| Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------|------------------|
| Classificação de Risco | Classificação de Risco: AZUL | Data e Hora | 02/08/2018 11:38 |
| Responsável pela Classificação | ANA LINHARES PINTO | | |
| Relatório: | paciente vítima de queda de motocicleta, com suspeita de trauma em punho E. | | |

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

(12:20)

UBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

55:

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Dr. JAMIL SANCHES JORQUEIRA
CRM: 6945

Assinatura Responsável: NATALIA DEFFLANCHEF MA
Responsável: NATALIA DEFFLANCHEF MA
21 NOV. 2018
UBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.

dores punho e
u do edem e
unhas punho
punho e
punho e
punho e

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 |
| Nome da Mãe MARIA DONA MARTINS | | Nome do Pai CESARIO FERREIRA MARTINS | Tel.: Contato 88996812812 / 88996812812 | |
| Endereço: RUA 06 | | 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/L
Peso: kg
Pressão Arterial: mmHg
Frequência Respiratória:
SpO2:
Altura: cm
IMC:
Relato: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
Escala de Glasgow:

Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

fratura no punho - E

Conduta/Tratamento

Medicamentos

Exames Solicitados

Recepcionista / Lucia

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável/Alida

Dr. Francisco Kleber Fernandes Araujo
MÉDICO
CRM 12345

VOLTAR (tela_medico.php)

LIBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.

21 NOV, 2018

ASS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

CNS 700000915308406

FICHA DE REFERÊNCIA

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

1405000808

Unidade de Origem:

Pantanal R: 20774581-X

Distrito Sanitário:

15º Cruz

Município:

Nome:

Raimundo Ferreira Martins

Prontuário Nº

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento

07/12/67

Ocupação:

Endereço:

R: 06

Bairro:

Pantanal

Tel

994630711

Motivo do Encaminhamento:

fratura no punho esquerdo

Resultado de Exames

Rx. punho esquerdo

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Lesyany Casado Tamayo
Médica
RMS-CE 1300591
Programa de Incentivo aos Médicos para o Brasil

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

Secundário 1

Secundário 2

CID:

CID:

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento

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: UNA RUSSIA

3. DATA DO ACIDENTE: 01.08.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

FRATURA GRAVE DO
punho esquerdo

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Clínico com uma

Doz. 1x, Amfifitico, Anestésico
Requerido da fratura Imobilizada com
1012 46 dias com uma Gessada

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Definidade fixa

Rigidez articular, atrofia múscu-
lar, perda da força, limitação
abdução, Redução da amplitude
dos movimentos.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: Punho e

MD esquerdo Grave. 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

VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL
986797947

986797947

Clay Cal
New Release
Maria Aline Martins Gomes
Escritora Autorizada

WIA CORPORA DE SEG. LTDA.

21 NOV, 2018

ASS:

VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL
986797947

986797947

Clay Cal
New Release
Maria Aline Martins Gomes
Escritora Autorizada

WIA CORPORA 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Enos Pessoa Lira
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007019026584 DATA DE EMISSÃO 25/4/2007

NOME **ENOS PESSOA LIRA**

FILIAÇÃO **JOSE TEIXEIRA LIRA E IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA**

NATURALIDADE **CRATEUS-CE** DATA DE NASCIMENTO **18/2/1978**

DOC ORIGEM **CERT. NASC. 3204 L A 04 F**

151 CRATEUS CE

CPF

FORTALEZA

ASSINATURA DO REGISTRADOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/83

| | | | |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------|
|  SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT SEGURADORA LÍDER | | Exercício: 2018 | Nº documento: 4.80806619-1 |
| | | Data emissão: 09/08/2018 | Código placa: 0822233125-4 |
| | | Hora: 11:56:48 | Código taxa: 301 |
| Nome Proprietário / Solicitante: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS | | CPF / CNPJ: 115.173.828-07 | |
| Placa: HVW3125 | Marca / Modelo: HONDA/CBX 200 STRADA | Chassi: 9C2MC2700XR019710 | |
| Ano fabricação: 1999 | Ano / Modelo: 1999 | Renavam: 723108129 | |
| Código seguro: 09 | Prêmio líquido 184,80 | ISOF (0,38 %) 0,70 | Prêmio 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 | | Exercício: 2018 | Nº documento: 4.80806619-1 |
| | | Data emissão: 09/08/2018 | Código placa: 0822233125-4 |
| | | Hora: 11:56:48 | Código taxa: 301 |
| Nome Proprietário / Solicitante: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS | | CPF / CNPJ: 115.173.828-07 | |
| Placa: HVW3125 | Marca / Modelo: HONDA/CBX 200 STRADA | Chassi: 9C2MC2700XR019710 | |
| Ano fabricação: 1999 | Ano / Modelo: 1999 | Renavam: 723108129 | |
| Código seguro: 09 | Prêmio líquido 184,80 | ISOF (0,38 %) 0,70 | Prêmio 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

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 15h

221-865004185-8

29/AGO/2018

HORA DE 12:05:11

LOT. 05, 17654-1

TERM. 010855

LOCALIDADE: TANBORN

AG. VINCULADA: 4372

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DPVAT SEGURO OBRIGATORIO

VALOR DO PAGAMENTO: 185,50

856800000014 855009248607
800072310819 299021118060

221-865004185-8

1ª VIA

UBIA CORRÊTORA 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

Valoração 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 MENDONÇA

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

Valoração 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 médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-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.

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

Sequelae: 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 médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-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.

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

Sequelae: 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 Rua Ob, nº 514, bairro Pantanal, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARA, Cep: 62.200-000, portador(a) do Rg nº 20774581, SSP/SP e CPF nº 115.173.828.07

Outorgado: Enos Pessoa Lima, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Zacarias Carlos de Melo nº 584, bairro Sds Vicente, Município de CRATIM, Estado de (o) CEARA, Cep: 63.700-000, portador (a) do RG nº 207019026534, SSP/CE 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 01.10.2018, 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



ALCOOP S.A. DE SEG. LTDA.

21 NOV. 2018

SS:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419742/18

Número do Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF: 115.173.828-07

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF de: Próprio

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

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419742/18

Número do Sinistro: 3180545600

Vítima: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

CPF: 115.173.828-07

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/01/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

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 médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO-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.

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

Sequelae: 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:

Alessandra Duraes Altaf

**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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PUNHO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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 e Melo
MÉDICO
CREMEC 10432

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