

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

Resultados terapêuticos: REALIZOU OUTRO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO. EVOLUIU COM A CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/02/2019

Conduta mantida: Não

Observações: DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES : 077.350.413-30

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: 16/10/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

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: 29/10/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES : 077.350.413-30

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: 04/02/2019
Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
CPF: 077.350.413-30

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Nº Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485309**.

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 13483352



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
Nº Sinistro: 3180485309
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
Data do Acidente: 21/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180485309**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485309 **Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES**

Data do Acidente: 21/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

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. 01147/01148 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13795616

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

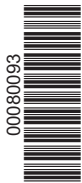
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000747**

Conta: **0000054406-3**

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



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

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.350.413-30

Nome completo da vítima

Francisco Dias Ribeiro Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Francisco Dias Ribeiro Gomes</u>		CPF titular da conta: <u>077.350.413-30</u>	Profissão: <u>Recuso Informar</u>
Endereço: <u>Rua João Soares</u>		Número: <u>129</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cratius</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>63700-000</u>
Email:		Telefone (DDD): <u>88</u> <u>994598121</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
- ☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRQ: <u>0747</u>	D/V: <u> </u>	CONTA NRQ: <u>54406</u>	D/V: <u>3</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: <u> </u>		NRQ: <u> </u>
AGÊNCIA NRQ: <u> </u>	D/V: <u> </u>	CONTA NRQ: <u> </u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

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

Cratius, 03 de 09 de 2018

Local e Data

FRANCISCO DIAS RIBEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gomes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180485309
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Soares, 129
Centro Crateus CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20181957846
Data local do acidente: [21/05/2018]
Data local do exame: [12/02/2019] Crateús [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRURGICO. COLOCOU FIXADOR EXTERNO POR 05 MESES
Complicações: EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE
Data da Alta: 23/11/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA DEFORMIDADE FISICA , ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ ARTICULAR, DEFORMIDADE FISICA ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DA PERNA ESQUERDA ENCURTAMENTO DO MEMBRO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

244626

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

18 OUT 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2018 10:41:28**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2018 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE JUVÊNCIO**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES**
Nascimento: CPF: **077.350.413-30**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA**
FRANCISCO GOMES FARIAS
Endereço: **RUA JOÃO SOARES, 129**
Bairro: **CENTRO**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUP6633** Uf: **CE** Município: **ARARENDÁ** Chassi:
8AG244NASSA103897 Renavam: **162407920** Tipo do Veículo:
CAMINHONETE Marca / Modelo: **IMP/GM D20 CUSTOM S** Ano
Fabricação: **1995** Ano Modelo: **1995** Combustível: **DIESEL** Cor: **AZUL**
Proprietário: **ANTONIO VIEIRA DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADUZ O DECLARANTE QUE EXERCE A PROFISSÃO DE MECÂNICO E ESTAVA CONSERTANDO UM VEÍCULO, O QUAL ESTAVA NA VIA SUPRA; QUE SENTIU UM FORTE IMPACTO NA SUA PERNA ESQUERDA E VERIFICOU QUE TRATAVA-SE DO VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO, O QUAL ESTAVA DESGOVERNADO; QUE CAIU AO SOLO E TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SEU CLIENTE, FRANCISCO BEZERRA GUARIM, O QUAL O LEVOU AO HOSPITAL E É TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS; QUE A OUTRA TESTEMUNHA DO FATO CHAMA-SE CLÁUDIO DA COSTA DE SOUSA, O QUAL ANDAVA ACOMPANHADO DA PRIMEIRA TESTEMUNHA E TAMBÉM PRESENCIOU O SINISTRO; QUE A GUARDA MUNICIPAL DILIGENCIOU A OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO, SENDO LAVRADO O RESPECTIVO BOLETIM PELO ÓRGÃO MUNICIPAL.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAYRÔ CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência N° 445 - 3051 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

x Francisco Bezerra Guarim

x Claudio da Costa de Sousa



TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

Aos 14 dia(s) do mês de Novembro de 2018, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 13:57 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **RENE GOMES MESQUITA**, Delegado(a), comigo **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES**, nacionalidade Brasil, amigado(a), alfabetizado, mecânico, filho(a) de **FRANCISCO GOMES FARIAS** e **ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA**, nascido(a) em 09/08/1969, natural de Crateus/CE, CPF: 077.350.413-30, RG: 20181957846 SSPDS/CE, residente à Rua João Soares, 129, Centro - Crateus/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Informa o declarante que foi vítima de acidente de trânsito na Rua Padre Juvêncio; Que é mecânico e estava consertando um carro modelo D20 da marca Chevrolet, que estava parado na frente da sua oficina no endereço supracitado; Que foi surpreendido por uma colisão frontal causada por outro veículo que trafegava na Rua Padre Juvêncio e foi de encontro ao carro que o declarante estava consertando; Que o veículo de placa: HUP6633 D20, dirigido pela pessoa de nome: ANTONIO VIERA DE SOUZA estava sem freio e veio a colidir com o veículo que a vítima consertava, chegando a bater no declarante que sofreu uma pancada na perna esquerda, chegando a fraturar a mesma; Que a Guarda Municipal desta urbe foi até o local do acidente e lavrou um boletim do acidente supracitado, que foi anexado junto aos documentos necessários para lavrar o Boletim de Ocorrência Nº 3051/2018 nesta Delegacia de Polícia Civil; Que sofreu uma fratura exposta na perna esquerda; Que foi socorrido pelo seu cliente de nome: FRANCISCO BEZERRA GUARIM; Que deu entrada no Hospital São Lucas, situado nesta urbe; Que foi encaminhado para realizar uma cirurgia de urgência devido a lesão sofrida.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) que o digitei.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



René G. Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 301249-4-4

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : FMA CIS CORRÊS RIBEIRO ROGO MES

ESCRIVÃO(O) : Daniel de Silva Paiva

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 301186-2-6

SABEMI SEGURADORA S/A

07 DEZ 2018

RECEBIDO

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos: 16 OUT 2018

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

Francisco Dias Ribeiro Gomes

CPF da Vítima

077.350.41330

Data do Acidente

21/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(88) 994598121

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Cratuis, 03 de 09 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000054406-3

Nr. da Autenticação F3B663164F969B77

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: 19/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000054406-3

Nr. da Autenticação 53BF1E1A4A0CAC0D



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

563302
01 - NÚMERO
208/18
02 - FOLHA
03

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA
RUA - PADRE JOSE JUVENIO DE ANDREDE

04 - MUNICÍPIO
ARAPENDIA

05 - UF
CE

06 - ZONA
RURAL ☒ URBANA ☐

07 - HORA DA OCORRÊNCIA
07:55

08 - DATA
12/10/2018

09 - DIA DA SEMANA
SEGUNDA

10 - CONDIÇÕES DA VIA
1 - COM ☒
2 - CHUVA ☐
3 - NEBLINA ☐
4 - OUTRA (especificar) ☐

11 - CLASSIFICAÇÃO
SEM VÍTIMA ☐
COM VÍTIMA ☒

12 - Nº DE VÍTIMAS
MORTOS ☐
PERIDOS ☒

13 - NATUREZA DO ACIDENTE
ABALROAMENTO ☐
ATROPELAMENTO ☒
COLISÃO ☐
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐
CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐
OUTRA (Especificar) ☐

14 - TIPO DE PAVIMENTO
ASfalto ☒
CONCRETO ☐
PARALELEPÍPEDO ☐
CASCALHO ☐
TERRA ☐
AREIA ☐

15 - CONDIÇÕES DA VIA
SECA ☒
MOLHADA ☐
OLEOSA ☐
OUTRA (especificar) ☐

16 - OUTRO (especificar)
RECEBIDO

17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)
Automóvel ou Camionete ☒
Táxi ☐
Caminhão ☐
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐
MOTOICICLETA OU MOTONETA ☐
CICLOMOTOR ☐

18 - CONTROLE DO TRAFEGO DAS RODOVIAS
CURVA FECHADA ☐
TANGENTE EM NÍVEL ☐
CURVA EM NÍVEL ☐
PISTA ESTREITA ☐
CURVA EM RAMPA ☐
TANGENTE EM LOMBADA ☐
OUTRO (especificar) ☐

19 - NOME
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

20 - SEXO
M ☒ F ☐

21 - NASCIMENTO
26/02/51

22 - ENDEREÇO
LAGOA DO PEIXE (ZONA RURAL) ARAPENDIA/CE

23 - 1ª HABILITAÇÃO
14110104

24 - CATEGORIA
A-B

25 - PRONTUÁRIO Nº
03405175900

26 - UF
CE

27 - EX MÉDICO EM DIA
SIM ☒ NÃO ☐

28 - USAVA CINTO
SIM ☒ NÃO ☐

29 - USAVA CAPACETE
SIM ☒ NÃO ☐

30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA
REALIZADO NO LOCAL ☐
ENCAMINHADO P/EXAME ☐

31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR
PERMANECER NO LOCAL ☒
ATENDEU A VÍTIMA ☒
EVADIU-SE ☐

32 - AÇÃO DO CONDUTOR
FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐
DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
EXCESSO DE VELOCIDADE ☐
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐
NÃO MANTVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐
CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐
MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐
LUZ ALTA ☐
OUTRA ☒
(especificar) **FALHA MECANICA**

33 - NOME

34 - SEXO
M ☒ F ☐

35 - NASCIMENTO

36 - ENDEREÇO

37 - 1ª HABILITAÇÃO

38 - CATEGORIA

39 - PRONTUÁRIO Nº

40 - UF

41 - EX MÉDICO EM DIA
SIM ☐ NÃO ☐

42 - USAVA CINTO
SIM ☐ NÃO ☐

43 - USAVA CAPACETE
SIM ☐ NÃO ☐

44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA
REALIZADO NO LOCAL ☐
ENCAMINHADO P/EXAME ☐

45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR
PERMANECER NO LOCAL ☐
ATENDEU A VÍTIMA ☐
EVADIU-SE ☐

46 - AÇÃO DO CONDUTOR
FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐
DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
EXCESSO DE VELOCIDADE ☐
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐
NÃO MANTVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐
CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐
MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐
LUZ ALTA ☐
OUTRA ☐
(especificar)

47 - MARCA
CAR/CAM/GM D20

48 - ESPÉCIE
CAMINHÃO/ETABERT

49 - PLACA
HUP 6633

50 - MUNICÍPIO
ARAPENDIA

51 - UF
CE

52 - NOME DO PROPRIETÁRIO
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

53 - ENDEREÇO
LAGOA DO PEIXE (ARAPENDIA)

54 - SEGURADORA

55 - BILHETE

56 - DATA DE EMISSÃO

57 - DEFEITO
FAROL DIANTEIRO ☐
LANTERNA TRASEIRA ☐
LANTERNA DE FREIO ☐
LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐
SETA DIRECIONAL ☐
FREIO ☐
PNEU GASTO ☐
OUTRO (especificar) ☐



Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprografiada do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada.
Doutor
CRATEÚS - CE
Em Test. 30 MAIO 2019
de Verificação

ORIO CAVALCANTE
Ofício Registro de Imóveis
Sênior Pinheiro Ferreira

Bel. Sônia Barreto Cavalcante - Oficial
Fabiana Barreto Cavalcante-Substituto
Valdirene Cardoso Barros Pimentel-Substituto



Nº de inscrição
027598560

DADOS DO CLIENTE
Nome: FRANCISCA ROSILANE SOARES DE MACEDO
End. Entrega: R. JORD SOARES, 129, CENTRO
Cidade: CANTEUS
End. Entrega: _____
Cidade: _____
Local: 320
Bairro: 010
Subbairro: 00
Quilômetro: 0115
Rodovia: 00
Linha: 0325
CEP: 0000

ECONOMIAS
Residencial: 000
Comercial: 000
Industrial: 000
Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO
Sistema: ACUR
Medição: 0145293232
Leitura Anterior: 150
Leitura Atual: 157
Volumen: 7
Venda Subsequente: 6

20.06.2018
Leitura Anterior: 21.06.2018
Leitura Atual: 20.06.2018
Próxima Leitura: 19.07.2018
Linha Água: 8767834
Linha Esgoto: _____

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA DEPENDENTE A:
Nº de Aberturas: 051
Logradouro: 051
Asp. Pavim.: 051
Em construção: 051
051
051
010
011
000
051
051
051
051
051
051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Constatamos débito de R\$ 44,66. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE PAGAMENTOS		Valor (R\$)
ARCE		23,10			
ESGOTO		19,52	MAI, 18	10	8
MULTA DE 2°		1,75	MAI, 18	7	5
RELAZAMENTO DE FURTO		0,00			
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,66			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO
Sistema: ACUR
Medição: 0145293232
Leitura Anterior: 150
Leitura Atual: 157
Volumen: 7
Venda Subsequente: 6
Valor (R\$): 0,50
Valor (R\$): 2,50
VALOR DO SERVIÇO: 76,71
VALOR DO SUBSÍDIO: 24,38
VALOR TOTAL A PAGAR: 52,33
MENSURA: 06/2018
VENCIMENTO: 05/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 52,33

1: 352967053937250 L: 3768 H: 10:28:07 R: 002 P: 001
Código de Verificação: 0800 275 0198
Cagece
Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone 0800 275 0198, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.org.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. CEP: 60017-101. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. CEP: 60017-101.



Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE
Serviço: 352967053937250
Local: 320
Bairro: 010
Subbairro: 00
Quilômetro: 0115
Rodovia: 00
Linha: 0325
CEP: 0000
Cidade: CANTEUS
Vencimento: 05.07.2018
Total (R\$): 52,33

52650000000 3 52330009000 9 02759856001 2 04000322015 5





2º Via

Nº de Inscrição:

0027575748

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

End. Leitura: RU DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem ³	Média Semestral (m ³)
AGUA	A07F338850	258	278	20	19

DATAS

Leitura Atual: 13/07/2018

Emissão: 24/08/2018

Lacre Água:

Leitura Anterior: 13/06/2018

Próxima Leitura: 13/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analisados	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	049	006	050	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 123,36. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
AGUA	81,75	Mês/Ano		
ESGOTO	88,55	JUL/2017	21	16
MULTA DE 2%	1,71	AGO/2017	17	13
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,15	SET/2017	18	12
EMISSION 2A VIA FATURA	1,00	OUT/2017	17	13
ATENDIMENTO(S): 130411522		NOV/2017	18	14
		DEZ/2017	18	14
		JAN/2018	24	19
		FEV/2018	19	15
		MAR/2018	15	12
		ABR/2018	19	15
		MAI/2018	17	13
		JUN/2018	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,49	Descrição	
COFINS	7,45	VALOR DO SERVIÇO	155,88
		VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	155,88

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

07/2018

03/08/2018

155,88

ONDE PAGAR SUA FATURA

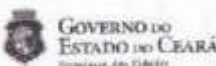
Bancos: Bradesco, Itaú, BNB, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Fico, Citibank, PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte pelo e-mail.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 8195, nas lojas de atendimento, de 9h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 9h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demail Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 029

Setor: 11

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 03/08/2018

Total (R\$): 155,88

82670000001-9 55880009700-5 02757574801-0 00076131025-9



SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

EMISSION : UN - GEREM-LJ CRATEUS-CENTRO 24/08/2018 11:23:40

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 pro. Wenderson P. da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503/12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Dias Ribeiro Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Francisco Dias Ribeiro Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, 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 Moura Fê</u>		Número <u>937</u>	Complemento <u>rua infernal</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99459-8121</u>

Cratius, 04 de 09 de 2018
Local e Data

pro. Wenderson P. da Silva
Assinatura do Declarante



Prontuário 026472		Atendimento 0003		Nome do Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES		CNS		Guia de Autorização	
Documento(s) Ignorado:		Data de Nascimento 09/08/1969		Local CRATEUS/CE		Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino	
Pai FRANCISCO FARIAS GOMES		Mãe ANTONIA RIBEIRO GOMES		Idade 48 Ano(s)					
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690		Bairro SAO JOSE		CEP 63700-000		Município CRATEUS		UF CE	
Profissão MECANICO		Empresa		Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES		UF CE		Telefone 88 92777652	
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA		CPF do Responsável		Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690		Município CRATEUS		UF CE	



Data Atendimento 21/05/2018		Hora 07:51		Convênio SUS		Matrícula		CID	
Profissional do Atendimento VICTOR AMON NUNES FERNANDES		CRM/UF 18564/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO					
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA							
Observação									
Sala		Data/Hora Liberação		às		hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais		Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)	
								R (rpm)	
								PA (mmHg)	

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

21/05/2018 07:59:35h Responsável: VICTOR AMON NUNES FERNANDES CRM-CE 18564
paciente vítima de trauma tendo o mie prensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tibia e fibula.
com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

cd:
sf 0,9% 1000ml ev correr rapido
tramal 100mg+100ml sf0,9% ev lento
dipirona 2:18 ad ev
radiografia de membro
avaliação com traumatologista

SOOC 07:50 ✓
06-05 ✓
SOOC 08:05 ✓

Victor Amon Fernandes
CRM 18564

VICTOR AMON NUNES FERNANDES - CRM: 18564

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA ROZILANE SOA



DADOS DO PACIENTE									
Nome FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES									
Nascimento 09/08/1969		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil		Prontuário/Atendimento 026472/0004		Idade 48 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Casado(a)		Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) Ignorado						CNS			
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ		Nº 1690		Bairro SÃO JOSE		Município CRATEUS-CE		CEP 63700-000	
Fone (88) 9277-7652		Profissão MECANICO		Empresa		CPF do Responsável		Fone Empresa	
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S								Fone Responsável	
Endereço Responsável ALMIRANTE TAMANDARÉ, 1690 CASA									
Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA				Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES					
				Pai FRANCISCO GOMES FARIAS					

DADOS DA INTERNAÇÃO									
Data/Hora 21/05/2018 08:17		Quarto/Leito 057-0001		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor OBSERVAÇÃO	
Convênio SUS				Matrícula		Autorização		Dias Guia 0	
Médico VICTOR AMON NUNES FERNANDES								CRM 18564	
CID Principal						CID Complementar			
Observação									
Isuário MIKAELY SOARES GOMES		Procedimento SUS						Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 21 de maio de 2018.

Assinatura do paciente
Assinável pela Impressão MIKAELY SOARES GOMES

Assinatura do responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v201

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES
2481073

4 - CNES
2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
26472

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA RIBEIRO GOMES

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/08/1969

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9277-7652

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, 1690, SAO JOSE

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2304103

18 - UF
CE

19 - CEP
63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma tendo o mie prensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tibia e fibula. com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese+exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de tibia e f

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

San Feliza

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

80627206301

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
VICTOR NUNES FERNANDES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)
MEDICO
CRM: 18564

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORÇÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Gilvan Melo Marques
Médico Auditor CRM/CE: 10784
Secretaria Municipal da Saúde de Crateús
Departamento de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria

Resumo/Sumário de alta

Paciente: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Data de Nascimento: 09/08/1969

Idade: 48 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Diagnóstico Principal:

Data: 25/05/2018

Nome da Mãe: ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Prontuário: 026472

Data da Internação: 21/05/2018

Leito: 007 - 0001

CRM: 18564

Hora: 08:39

Motivo da Internação:

Fratura exposta da perna E

Conduta / Tratamento Realizado:

Tra tamento cirurgico com fixador externo

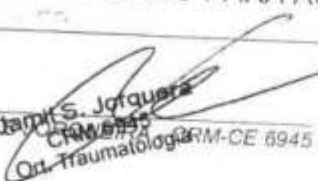
Exames Realizados:

Rx de controle

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHEZ  CRM-CE 6945
Or. Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

[illegible]

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
Data de Ins 21/05/2011 Dt de Nasc 09/08/1969
Convênio SUS Prontuário 026472
Município CRATEUS-CE
Nome da Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

CIRÚRGICA

DATA

21/05/18

LEITO

PACIENTE

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

CIRURGIÃO Drº Jamil

AUXILIARES

1º

2º

3º

4º

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

TIPO DE ANESTESIA Raque

PATOLOGISTA


INSTRUMENTADOR(A) Simone

CIRCULANTE Keila

ACHADOS OPERATÓRIOS

*Ampliação da
glândula parotídea
com cisternas e ductos
distendidos com líquido
viscoso e de cor amarelada
semelhante a leite
de leite. Sem alteração
de estrutura da glândula
e ductos.*

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMI

Paciente FRANCISCO DIAS RIBEIRO GOMES
 Data de Int. 21/05/2018 Dt de Nasc 09/08/1969
 Convênio SUS Prontuário 026472
 Município CRATEUS-CE
 Nome da Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

ANESTESIA

DATA 21/05/18

LEITO

PACIENTE

TIPO DE CIRURGIA

IDADE	PESO	ALTURA	SÉXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA	

AP. RESPIRATÓRIA

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

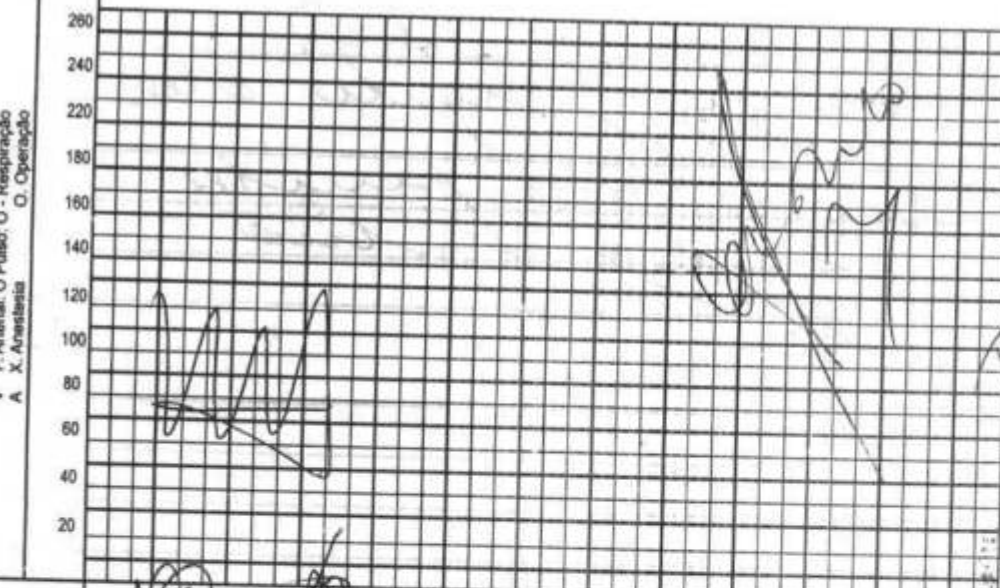
AP. URINÁRIO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HORÁRIO	HORA	EFEITO	HIPOSENSORES	OUTROS
08:00	08:00			
08:15	08:15			
08:30	08:30			
08:45	08:45			
09:00	09:00			
09:15	09:15			
09:30	09:30			
09:45	09:45			
10:00	10:00			
10:15	10:15			
10:30	10:30			
10:45	10:45			
11:00	11:00			
11:15	11:15			
11:30	11:30			
11:45	11:45			
12:00	12:00			
12:15	12:15			
12:30	12:30			
12:45	12:45			
13:00	13:00			
13:15	13:15			
13:30	13:30			
13:45	13:45			
14:00	14:00			
14:15	14:15			
14:30	14:30			
14:45	14:45			
15:00	15:00			
15:15	15:15			
15:30	15:30			
15:45	15:45			
16:00	16:00			
16:15	16:15			
16:30	16:30			
16:45	16:45			
17:00	17:00			
17:15	17:15			
17:30	17:30			
17:45	17:45			
18:00	18:00			
18:15	18:15			
18:30	18:30			
18:45	18:45			
19:00	19:00			
19:15	19:15			
19:30	19:30			
19:45	19:45			
20:00	20:00			
20:15	20:15			
20:30	20:30			
20:45	20:45			
21:00	21:00			
21:15	21:15			
21:30	21:30			
21:45	21:45			
22:00	22:00			
22:15	22:15			
22:30	22:30			
22:45	22:45			
23:00	23:00			
23:15	23:15			
23:30	23:30			
23:45	23:45			
24:00	24:00			



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

MANUTENÇÃO

1) int
 2) mro
 3) upadun 3

ANESTESIA SATISFATÓRIA
 () SIM () NÃO
 NÃO PORQUE?

REFLEXOS NA SO

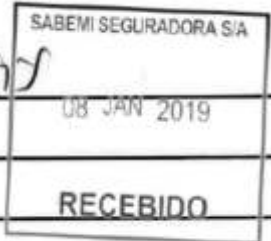
OBSTRUÇÃO CO2
 EXCITAÇÃO NÁUSEAS
 VÔMITOS OUTROS

PARA O LEITO CÂNULA
 () SIM () NÃO

CONDIÇÕES

BALANÇO
 PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA ml
 VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO ml
 TEMPO CIRÚRGICO
 DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO

AGRAVAMENTO
RESUMO DE TRATAMENTO



1. NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DIAS DA
RIBEIRO GOMES

2. LOCAL: CRATENS - CE

3. DATA DO ACIDENTE: 21.05.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
SOPRIM. FRATURA CRUVE
EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: CIRURGIA G.C. RX
ANALGESICO, ANTIINFLAMATORIO, REDUÇÃO
DA FRATURA, OSTEOSÍNTESE COM
PLACA DE FIXAÇÃO E PARAFUSO.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: DOR AO PASSAR
REGIDEZ ARTICULAR, ATROFIA MUSCULAR,
PERDA DA FORÇA, INCAPACIDADE DE
LOCOMOÇÃO FAZ USO DE AMULETAS
PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: MEMBRO
INFERIOR ESQUERDO GRAVE 75%.

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

DATA: 19/12/18

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6263
[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2018195784-6 DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/08/2018

NOME: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

FILIAÇÃO: FRANCISCO GOMES FARIAS
 ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE: CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO: 09/08/1969

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4501 FOLHA: 289
 LIVRO: 8-15 CRATEÚS - CE
 CPF: 077.350.413-30

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 36



SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2002005165137 SSP CE

CPF
017.707.503-12

DATA NASCIMENTO
19/03/1986

FILIAÇÃO
JOSE ALVES DA SILVA
MARLENE PRUDENCIO
RESERVA

PERMISSÃO
ACC CAT. 01
AB

Nº REGISTRO
03333879503

VALIDADE
22/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
03/07/2004

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Jose Wenderson P da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
27/01/2015

Isor Vaf - 27/01
ISOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

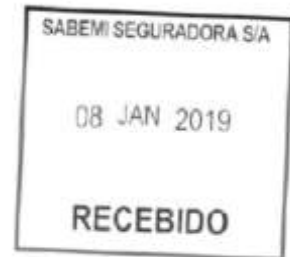
18030284015
CE145854582

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1076298310

PROIBIDO PLASTIFICAR
1076298310

Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

ASSUNTO: NOVA PERÍCIA. INVALIDEZ. RECLAMAÇÃO.
VÍTIMA: Francisco de Assis Ribeiro Gomes
SINISTRO: 3180/485309



Sres.(as) analistas de Seguro,

Venho por meio desta, requerer a reanálise do meu Seguro DPVAT na modalidade/espécie Invalidez Permanente, uma vez que o mesmo não fora pago conforme a Lei 6.194/74 e suas alterações prescreve. Sendo assim, declaro que houve agravamento e adquiri debilidade permanente grave em decorrência do sinistro ocorrido.

Portanto, solicito a realização de uma perícia médica com médico credenciado pela Seguradora Líder.

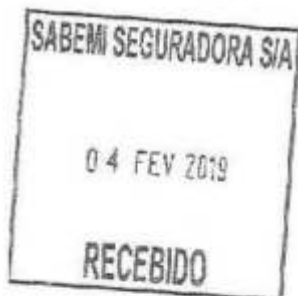
Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

Conto com a colaboração de todos vocês.

Aguardo com caráter de urgência.

Atenciosamente,

Francisco Diassis Ribeiro Gomes
Francisco Diassis Ribeiro Gomes



Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

ASSUNTO: NOVA PERÍCIA. INVALIDEZ. RECLAMAÇÃO.

VÍTIMA: Francisco de Assis Ribeiro Gomes

SINISTRO: 3180/485309

Sres.(as) analistas de Seguro,

Venho por meio desta, requerer a reanálise do meu Seguro DPVAT na modalidade/espécie Invalidez Permanente, uma vez que o mesmo não fora pago conforme a Lei 6.194/74 e suas alterações prescreve. Sendo assim, declaro que houve agravamento e adquiri debilidade permanente grave em decorrência do sinistro ocorrido.

Portanto, solicito a realização de uma perícia médica com médico credenciado pela Seguradora Líder.

Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

Conto com a colaboração de todos vocês.

Aguardo com caráter de urgência.

Atenciosamente,

Francisco Diassis Ribeiro Gomes
Francisco Diassis Ribeiro Gomes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

Resultados terapêuticos: REALIZOU OUTRO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO. EVOLUIU COM A CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/02/2019

Conduta mantida: Não

Observações: DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***SINISTRO COM PAGAMENTO FEITO POR ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, SEGUE PARA REANÁLISE COM NOVA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

(@ PÁG 1) 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

16 OUT 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Dias Ribeiro Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão professor, residente e domiciliado à Rua João Soares, nº 129, bairro Centro, Município de Cratêus, Estado de(o) Ceará, Cep: 63700-000, portador(a) do Rg nº 2018195784-6, SSP/ CE e CPF nº 077.350.413-30.

Outorgado: José Wlenderon P. da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão professor, residente e domiciliado(a) à Rua Maurício F., nº 937, bairro São Vicente, Município de Cratêus, Estado de (o) Ceará, Cep: 63700-000, portador (a) do RG nº 200200516513-7, SSP/ CE e CPF nº 017.704.903-12.

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) Francisco Dias Ribeiro Gomes, ocorrido em 21.05.2018, 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.



Cratêus, 03, de 09, de 2018.

X Francisco Dias Ribeiro Gomes

Outorgante
CPF Nº 077.350.413-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Reconhecer (a) (s) (s) (s) por autenticidade
Doufe CRATEUS-CE
03 SET, 2018

Em Test. Verdade
Bem: Silviana Barreto Cavalcante
Mariana Barreto Cavalcante
Valbani Cardozo Barreto Pimentel

ARTURIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Mariana Barreto Cavalcante
Substituta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 08/01/2019
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

Resultados terapêuticos: REALIZOU OUTRO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO. EVOLUIU COM A CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/02/2019

Conduta mantida: Não

Observações: DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES : 077.350.413-30

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: 16/10/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

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: 29/10/2018

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO

CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES : 077.350.413-30

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: 04/02/2019
Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
CPF: 077.350.413-30

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Nº Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485309**.

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 13483352



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
Nº Sinistro: 3180485309
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
Data do Acidente: 21/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180485309**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485309 **Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES**

Data do Acidente: 21/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

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. 01147/01148 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13795616

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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

Comprovante de residência 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

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000747**

Conta: **0000054406-3**

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



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

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.350.413-30

Nome completo da vítima

Francisco Dias Ribeiro Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Francisco Dias Ribeiro Gomes</u>		CPF titular da conta: <u>077.350.413-30</u>	Profissão: <u>Recuso Informar</u>
Endereço: <u>Rua João Soares</u>		Número: <u>129</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cratius</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>63700-000</u>
Email:		Telefone (DDD): <u>88</u> <u>994598121</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
- ☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO: 0747 D/V: 0 CONTA NRO: 54406 D/V: 3

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Cratius, 03 de 09 de 2018

Local e Data

FRANCISCO DIAS RIBEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gomes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180485309
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Soares, 129
Centro Crateus CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20181957846
Data local do acidente: [21/05/2018]
Data local do exame: [12/02/2019] Crateús [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRURGICO. COLOCOU FIXADOR EXTERNO POR 05 MESES
Complicações: EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE
Data da Alta: 23/11/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA DEFORMIDADE FISICA , ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ ARTICULAR, DEFORMIDADE FISICA ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DA PERNA ESQUERDA ENCURTAMENTO DO MEMBRO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

244626

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

18 OUT 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **22/08/2018 10:41:28**

Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2018 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE JUVÊNCIO**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES**

Nascimento: CPF: **077.350.413-30**

RG : Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA**

FRANCISCO GOMES FARIAS

Endereço: **RUA JOÃO SOARES, 129**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUP6633** Uf: **CE** Município: **ARARENDÁ** Chassi:

8AG244NASSA103897 Renavam: **162407920** Tipo do Veículo:

CAMINHONETE Marca / Modelo: **IMP/GM D20 CUSTOM S** Ano

Fabricação: **1995** Ano Modelo: **1995** Combustível: **DIESEL** Cor: **AZUL**

Proprietário: **ANTONIO VIEIRA DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADUZ O DECLARANTE QUE EXERCE A PROFISSÃO DE MECÂNICO E ESTAVA CONSERTANDO UM VEÍCULO, O QUAL ESTAVA NA VIA SUPRA; QUE SENTIU UM FORTE IMPACTO NA SUA PERNA ESQUERDA E VERIFICOU QUE TRATAVA-SE DO VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO, O QUAL ESTAVA DESGOVERNADO; QUE CAIU AO SOLO E TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SEU CLIENTE, FRANCISCO BEZERRA GUARIM, O QUAL O LEVOU AO HOSPITAL E É TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS; QUE A OUTRA TESTEMUNHA DO FATO CHAMA-SE CLÁUDIO DA COSTA DE SOUSA, O QUAL ANDAVA ACOMPANHADO DA PRIMEIRA TESTEMUNHA E TAMBÉM PRESENCIOU O SINISTRO; QUE A GUARDA MUNICIPAL DILIGENCIOU A OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO, SENDO LAVRADO O RESPECTIVO BOLETIM PELO ÓRGÃO MUNICIPAL.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAYRÔ CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência N° 445 - 3051 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

x Francisco Bezerra Guarim

x Claudio da Costa de Sousa



TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

Aos 14 dia(s) do mês de Novembro de 2018, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 13:57 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **RENE GOMES MESQUITA**, Delegado(a), comigo **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES**, nacionalidade Brasil, amigado(a), alfabetizado, mecânico, filho(a) de **FRANCISCO GOMES FARIAS** e **ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA**, nascido(a) em 09/08/1969, natural de Crateus/CE, CPF: 077.350.413-30, RG: 20181957846 SSPDS/CE, residente à Rua João Soares, 129, Centro - Crateus/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Informa o declarante que foi vítima de acidente de trânsito na Rua Padre Juvêncio; Que é mecânico e estava consertando um carro modelo D20 da marca Chevrolet, que estava parado na frente da sua oficina no endereço supracitado; Que foi surpreendido por uma colisão frontal causada por outro veículo que trafegava na Rua Padre Juvêncio e foi de encontro ao carro que o declarante estava consertando; Que o veículo de placa: HUP6633 D20, dirigido pela pessoa de nome: ANTONIO VIERA DE SOUZA estava sem freio e veio a colidir com o veículo que a vítima consertava, chegando a bater no declarante que sofreu uma pancada na perna esquerda, chegando a fraturar a mesma; Que a Guarda Municipal desta urbe foi até o local do acidente e lavrou um boletim do acidente supracitado, que foi anexado junto aos documentos necessários para lavrar o Boletim de Ocorrência Nº 3051/2018 nesta Delegacia de Polícia Civil; Que sofreu uma fratura exposta na perna esquerda; Que foi socorrido pelo seu cliente de nome: FRANCISCO BEZERRA GUARIM; Que deu entrada no Hospital São Lucas, situado nesta urbe; Que foi encaminhado para realizar uma cirurgia de urgência devido a lesão sofrida.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) que o digitei.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



René G. Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 301249-4-4

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : FMA CIS CORRÊS RIBEIRO ROQUES

ESCRIVÃO(O) : Daniel de Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 301186-2-6

SABEMI SEGURADORA S/A

07 DEZ 2018

RECEBIDO

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos: 16 OUT 2018

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

Francisco Edson Ribeiro Gomes

CPF da Vítima

077.350.41330

Data do Acidente

21/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(88) 994598121

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Cratuis, 03 de 09 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000054406-3

Nr. da Autenticação F3B663164F969B77

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: 19/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000054406-3

Nr. da Autenticação 53BF1E1A4A0CAC0D



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

563302
01 - NÚMERO
208/18
02 - FOLHA
03

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA
RUA - PADRE JOSE JUVENIO DE ANDREDE

04 - MUNICÍPIO
ARAPENDIA

05 - UF
CE

06 - ZONA
RURAL ☒ URBANA ☐

07 - HORA DA OCORRÊNCIA
07:55

08 - DATA
12/10/2018

09 - DIA DA SEMANA
SEGUNDA

10 - CONDIÇÕES DA VIA
1 - COM ☒
2 - CHUVA ☐
3 - NEBLINA ☐
4 - OUTRA (especificar) ☐

11 - CLASSIFICAÇÃO
SEM VÍTIMA ☐
COM VÍTIMA ☒

12 - Nº DE VÍTIMAS
MORTOS ☐
PERIDOS ☒

13 - NATUREZA DO ACIDENTE
ABALROAMENTO ☐
ATROPELAMENTO ☒
COLISÃO ☐
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐
CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐
OUTRA (Especificar) ☐

14 - TIPO DE PAVIMENTO
ASfalto ☒
CONCRETO ☐
PARALELEPÍPEDO ☐
CASCALHO ☐
TERRA ☐
AREIA ☐

15 - CONDIÇÕES DA VIA
SECA ☒
MOLHADA ☐
OLEOSA ☐
OUTRA (especificar) ☐

16 - OUTRO (especificar)
RECEBIDO

17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)
Automóvel ou Camionete ☒
TAXI ☐
CAMINHÃO ☐
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐
MOTOICICLETA OU MOTONETA ☐
CICLOMOTOR ☐

18 - CONTROLE DO TRAFEGO DAS RODOVIAS
CURVA FECHADA ☐
TANGENTE EM NÍVEL ☐
CURVA EM NÍVEL ☐
PISTA ESTREITA ☐
CURVA EM RAMPA ☐
TANGENTE EM LOMBADA ☐
OUTRO (especificar) ☐

19 - NOME
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

20 - SEXO
M ☒ F ☐

21 - NASCIMENTO
26/02/51

22 - ENDEREÇO
LAGOA DO PEIXE (ZONA RURAL) ARAPENDIA / CE

23 - 1ª HABILITAÇÃO
14110104

24 - CATEGORIA
A-B

25 - PRONTUÁRIO Nº
03405175900

26 - UF
CE

27 - EX MÉDICO EM DIA
SIM ☒ NÃO ☐

28 - USAVA CINTO
SIM ☒ NÃO ☐

29 - USAVA CAPACETE
SIM ☒ NÃO ☐

30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA
REALIZADO NO LOCAL ☐
ENCAMINHADO P/EXAME ☐

31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR
PERMANECER NO LOCAL ☒
ATENDEU A VÍTIMA ☒
EVADIU-SE ☐

32 - AÇÃO DO CONDUTOR
FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐
DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
EXCESSO DE VELOCIDADE ☐
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐
NÃO MANTVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐
CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐
MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐
LUZ ALTA ☐
OUTRA ☒
(especificar) **FALHA MECANICA**

33 - NOME

34 - SEXO
M ☒ F ☐

35 - NASCIMENTO

36 - ENDEREÇO

37 - 1ª HABILITAÇÃO

38 - CATEGORIA

39 - PRONTUÁRIO Nº

40 - UF

41 - EX MÉDICO EM DIA
SIM ☐ NÃO ☐

42 - USAVA CINTO
SIM ☐ NÃO ☐

43 - USAVA CAPACETE
SIM ☐ NÃO ☐

44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA
REALIZADO NO LOCAL ☐
ENCAMINHADO P/EXAME ☐

45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR
PERMANECER NO LOCAL ☐
ATENDEU A VÍTIMA ☐
EVADIU-SE ☐

46 - AÇÃO DO CONDUTOR
FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐
DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
EXCESSO DE VELOCIDADE ☐
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐
NÃO MANTVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐
CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐
MUDANÇA SUBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐
LUZ ALTA ☐
OUTRA ☐
(especificar)

47 - MARCA
CAR/CAM/GM D20

48 - ESPÉCIE
CAMINHÃO/E. ABERT

49 - PLACA
HUP 6633

50 - MUNICÍPIO
ARAPENDIA

51 - UF
CE

52 - NOME DO PROPRIETÁRIO
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

53 - ENDEREÇO
LAGOA DO PEIXE (ARAPENDIA)

54 - SEGURADORA

55 - BILHETE

56 - DATA DE EMISSÃO

57 - DEFEITO
FAROL DIANTEIRO ☐
LANTERNA TRASEIRA ☐
LANTERNA DE FREIO ☐
LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐
SETA DIRECIONAL ☐
FREIO ☐
PNEU GASTO ☐
OUTRO (especificar) ☐



Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprografiada do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada.
Doutor
CRATEÚS - CE
Em Test. 30 MAIO 2019
de Verificação

ORIO CAVALCANTE
Ofício Registro de Imóveis
Sênior Pinheiro Ferreira

Bel. Sônia Barreto Cavalcante - Oficial
Fabiana Barreto Cavalcante-Substituto
Valdirene Cardoso Barros Pimentel-Substituto



Nº de inscrição
027598560

DADOS DO CLIENTE
Nome: FRANCISCA ROSILANE SOARES DE MACEDO
End. Entrega: RUA JOAO SOARES, 129 CENTRO
Cidade: CANTEUS
End. Entrega:
Cidade: 320
Local: 010
Sublocal: 00
Quantidade: 0115
Subquantidade: 00
Lote: 0325
CEP: 0000

ECONOMIAS
Residencial: 000
Comercial: 000
Industrial: 000
Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO
Sistema: 0115233232
Leitura Anterior: 150
Leitura Atual: 157
Volumen: 7
Venda Subsequente: 6

20.06.2018
Leitura Anterior: 21.06.2018
Leitura Atual: 20.06.2018
Próxima Leitura: 19.07.2018
Linha Água: 8767834
Linha Esgoto: 01120711

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA DEPENDENTE A:

Nº de Aberturas	051	051	010	011	051	051
Logradouro	051	051	011	051	051	051
Aspavaliar	051	051	011	051	051	051
Em subestação	051	051	011	051	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Constatamos debito de R\$ 44,66. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	Valor (R\$)
ARCE	23,10	05/18	10
ESGOTO	19,52	05/18	7
MULTA DE 2º	1,75	05/18	8
RELAZAMENTO DE 1º	0,00	05/18	5
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,66		

Tributos sobre o faturamento

Descrição	Valor (R\$)	Subtotal	Valor (R\$)
Imposto	0,50	VALOR DO SERVIÇO	76,71
LUF 1142	2,50	VALOR DO SUBSIDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	52,33

MES/ANO: 06/2018
VENCIMENTO: 05/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 52,33

1: 352967053937250 L: 3768 H: 10:28:07 R: 002 P: 001

Código de Faturamento
Cagece
0800 275 0198

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone 0800 275 0198, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.org.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. CEP: 60017-101. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. CEP: 60017-101.



Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE
Serviço: 352967053937250
Local: 010
Sublocal: 00
Quantidade: 0115
Subquantidade: 00
Lote: 0325
CEP: 0000
Cidade: CANTEUS
Vencimento: 05.07.2018
Total (R\$): 52,33

52650000000 3 52330009000 9 02759856001 2 04000322015 5





2º Via

Nº de Inscrição:

0027575748

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

End. Leitura: RU DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem ³	Média Semestral (m ³)
AGUA	A07F338850	258	278	20	19

DATAS

Leitura Atual: 13/07/2018

Emissão: 24/08/2018

Lacre Água:

Leitura Anterior: 13/06/2018

Próxima Leitura: 13/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analisados	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	049	006	050	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 123,36. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
AGUA	81,75	Mês/Ano		
ESGOTO	88,55	JUL/2017	21	16
MULTA DE 2%	1,71	AGO/2017	17	13
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,15	SET/2017	18	12
EMISSÃO 2A VIA FATURA	1,00	OUT/2017	17	13
ATENDIMENTO(S): 130411522		NOV/2017	18	14
		DEZ/2017	18	14
		JAN/2018	24	19
		FEV/2018	19	15
		MAR/2018	15	12
		ABR/2018	19	15
		MAI/2018	17	13
		JUN/2018	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,49	Descrição	
COFINS	7,45	VALOR DO SERVIÇO	155,88
		VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	155,88

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

07/2018

03/08/2018

155,88

ONDE PAGAR SUA FATURA

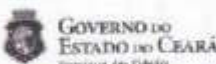
Bancos: Bradesco, Itaú, Itaú, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Fico, Citibank, PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 9h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 9h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demail. Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 029

Setor: 11

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 03/08/2018

Total (R\$): 155,88

82670000001-9 55880009700-5 02757574801-0 00076131025-9



SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

EMIÇÃO : UN - GEREM-LJ CRATEUS-CENTRO 24/08/2018 11:23:40

SABEMI SEGURADORA S/A

04 FEV 2019

RECEBIDO

Cagece

027598560

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Endereço: RU. JOAO SOARES, 129, CENTRO

Cidade: CRATEUS

UF: PE

Cep: 55000-000

Telefone: 016

00

0122

00

0325

67700-000

CPF: 001

000

000

000

INSCRIÇÃO DE IMÓVEL: 00000000000000000000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

000

000

000

000

CPF: 001

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

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 pro. Wenderson P. da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503/12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Dias Ribeiro Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Francisco Dias Ribeiro Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, 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 Moura Fê</u>		Número <u>937</u>	Complemento <u>rua infernal</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99459-8121</u>

Cratius, 04 de 09 de 2018
Local e Data

pro. Wenderson P. da Silva
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - EMERGENCIA

SAREMI SEGURADORA S/A 21/05/2018 07:59

Página 1

v2017005

Prontuário 026472		Atendimento 0003		Nome do Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES		CNS		Guia de Autorização	
Documento(s) Ignorado:		Data de Nascimento 09/08/1969		Local CRATEUS/CE		Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino	
Pai FRANCISCO FARIAS GOMES		Mãe ANTONIA RIBEIRO GOMES		Idade 48 Ano(s)					
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690		Bairro SAO JOSE		CEP 63700-000		Município CRATEUS		UF CE	
Profissão MECANICO		Empresa		Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES		UF CE		Telefone 88 92777652	
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA		CPF do Responsável		Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690		Município CRATEUS		UF CE	



Data Atendimento 21/05/2018		Hora 07:51		Convênio SUS		Matrícula		CID	
Profissional do Atendimento VICTOR AMON NUNES FERNANDES		CRM/UF 18564/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO					
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA							
Observação									
Sala		Data/Hora Liberação		às		hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais		Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)		R (rpm)		PA (mmHg)	
---------------	--	-----------	--	-------------	--	--------	--	---------	--	---------	--	-----------	--

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

21/05/2018 07:59:35h Responsável: VICTOR AMON NUNES FERNANDES CRM-CE 18564

paciente vítima de trauma tendo o mie prensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tibia e fibula. com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

cd:

sf 0,9% 1000ml ev correr rapido
tramal 100mg+100ml sf0,9% ev lento
dipirona 2:18 ad ev
radiografia de membro
avaliação com traumatologista

SOCC 07:50 ✓
06-05 ✓
SOCC 08:05 ✓

Victor Amon Fernandes
CRM 18564

VICTOR AMON NUNES FERNANDES - CRM: 18564

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA ROZILANE SOA



DADOS DO PACIENTE									
Nome FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES									
Nascimento 09/08/1969		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil		Prontuário/Atendimento 026472/0004		Idade 48 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Casado(a)		Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) Ignorado						CNS			
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ		Nº 1690		Bairro SÃO JOSE		Município CRATEUS-CE		CEP 63700-000	
Fone (88) 9277-7652		Profissão MECANICO		Empresa		CPF do Responsável		Fone Empresa	
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S								Fone Responsável	
Endereço Responsável ALMIRANTE TAMANDARÉ, 1690 CASA									
Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA				Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES					
				Pai FRANCISCO GOMES FARIAS					

DADOS DA INTERNAÇÃO									
Data/Hora 21/05/2018 08:17		Quarto/Leito 057-0001		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor OBSERVAÇÃO	
Convênio SUS				Matrícula		Autorização		Dias Guia 0	
Médico VICTOR AMON NUNES FERNANDES								CRM 18564	
CID Principal						CID Complementar			
Observação									
Isuário MIKAELY SOARES GOMES		Procedimento SUS						Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 21 de maio de 2018.

Assinatura do paciente

Assinável pela Impressão MIKAELY SOARES GOMES

Assinatura do responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v201

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES
2481073

4 - CNES
2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
26472

11 - NOME DA MÃE
ANTONIA RIBEIRO GOMES

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/08/1969

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 RAÇA/COR
03 - Parda

10.1 ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 9277-7652

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, 1690, SAO JOSE

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2304103

18 - UF
CE

19 - CEP
63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma tendo o mie prensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tibia e fibula. com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese+exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de tibia e f

24 - CID 10 PRINCIPAL

3822

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

Intenç + carteress intere

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Eletivo

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
80627206301

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
VICTOR NUNES FERNANDES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)
MEDICO
CRM: 18564

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORÇÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Gilvan Melo Marques
Médico Auditor CRM/CE: 10784
Secretaria Municipal da Saúde de Crateús
Departamento de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria

Resumo/Sumário de alta

Paciente: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Data de Nascimento: 09/08/1969

Idade: 48 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Diagnóstico Principal:

Data: 25/05/2018

Nome da Mãe: ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Prontuário: 026472

Data da Internação: 21/05/2018

Leito: 007 - 0001

CRM: 18564

Hora: 08:39

Motivo da Internação:

Fratura exposta da perna E

Conduta / Tratamento Realizado:

Tra tamento cirurgico com fixador externo

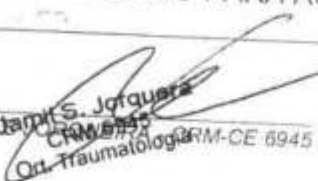
Exames Realizados:

Rx de controle

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHEZ  CRM-CE 6945
Or. Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

[illegible]

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
Data de Ins 21/05/2011 Dt de Nasc 09/08/1969
Convênio SUS Prontuário 026472
Município CRATEUS-CE
Nome da Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

CIRÚRGICA

DATA

21/05/18

LEITO

PACIENTE

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

CIRURGIÃO Drº Jamil

AUXILIARES

1º

2º

3º

4º

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

TIPO DE ANESTESIA Raque

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) Simone

CIRCULANTE Keila

ACHADOS OPERATÓRIOS

*Ampliação da
glândula parotídea
com calcificações
extensas e áreas
de necrose
com abscesso
periférico
de parede espessa
e conteúdo purulento
de cor amarelada
e aspecto caseiro*

AGRAVAMENTO
RESUMO DE TRATAMENTO

SABEMI SEGURADORA S/A

08 JAN 2019

RECEBIDO

1. NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DIAS DA
RIBEIRO GOMES

2. LOCAL: CRATENS - CE

3. DATA DO ACIDENTE: 21.05.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
SOFRER FRATURA CRUVE
EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: CIRURGIA ORT. RX
ANALGESICO, ANTIINFLAMATORIO, REDUÇÃO
DA FRATURA, OSTEOSÍNTESE COM
PLACA DE FIXAÇÃO E PARAFUSO.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: DOR AO PASSAR
REGIDEZ ARTICULAR, ATROFIA MUSCULAR,
PERDA DA FORÇA, INCAPACIDADE DE
LOCOMOÇÃO FAZ USO DE AMULETAS
PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: MEMBRO
INFERIOR ESQUERDO GRAVE 75%.

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

DATA: 19/12/18

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6263

ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2018195784-6 DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/08/2018

NOME: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

FILIAÇÃO: FRANCISCO GOMES FARIAS
 ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE: CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO: 09/08/1969

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4501 FOLHA: 289
 LIVRO: 8-15 CRATEÚS - CE
 CPF: 077.350.413-30

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 36

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2002005165137 SSP CE

CPF
017.707.503-12

DATA NASCIMENTO
19/03/1986

FILIAÇÃO
JOSE ALVES DA SILVA
MARLENE PRUDENCIO
RESERVA

PERMISSAO
ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
03333879503

VALIDADE
22/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
03/07/2004

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Jose Wenderon P da Silva
SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSAO
27/01/2015

Isor Vaf - 27/1
ISOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

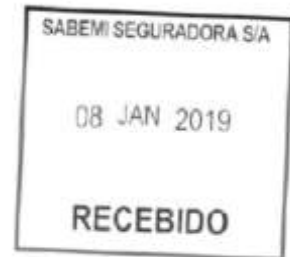
18030284015
CE145854582

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1076298310

PROIBIDO PLASTIFICAR
1076298310

Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

ASSUNTO: NOVA PERÍCIA. INVALIDEZ. RECLAMAÇÃO.
VÍTIMA: Francisco de Assis Ribeiro Gomes
SINISTRO: 3180/485309



Sres.(as) analistas de Seguro,

Venho por meio desta, requerer a reanálise do meu Seguro DPVAT na modalidade/espécie Invalidez Permanente, uma vez que o mesmo não fora pago conforme a Lei 6.194/74 e suas alterações prescreve. Sendo assim, declaro que houve agravamento e adquiri debilidade permanente grave em decorrência do sinistro ocorrido.

Portanto, solicito a realização de uma perícia médica com médico credenciado pela Seguradora Líder.

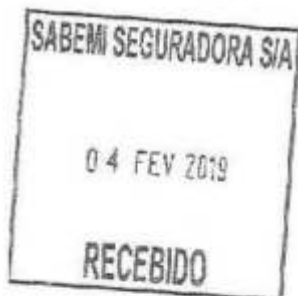
Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

Conto com a colaboração de todos vocês.

Aguardo com caráter de urgência.

Atenciosamente,

Francisco Diassis Ribeiro Gomes
Francisco Diassis Ribeiro Gomes



Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

ASSUNTO: NOVA PERÍCIA. INVALIDEZ. RECLAMAÇÃO.

VÍTIMA: Francisco de Assis Ribeiro Gomes

SINISTRO: 3180/485309

Sres.(as) analistas de Seguro,

Venho por meio desta, requerer a reanálise do meu Seguro DPVAT na modalidade/espécie Invalidez Permanente, uma vez que o mesmo não fora pago conforme a Lei 6.194/74 e suas alterações prescreve. Sendo assim, declaro que houve agravamento e adquiri debilidade permanente grave em decorrência do sinistro ocorrido.

Portanto, solicito a realização de uma perícia médica com médico credenciado pela Seguradora Líder.

Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

Conto com a colaboração de todos vocês.

Aguardo com caráter de urgência.

Atenciosamente,

Francisco Diassis Ribeiro Gomes
Francisco Diassis Ribeiro Gomes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: VITIMA SOFREU FRATURA GRAVE DA PERNA ESQUERDA. TIBIA E FIBULA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

Resultados terapêuticos: REALIZOU OUTRO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO. EVOLUIU COM A CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/02/2019

Conduta mantida: Não

Observações: DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO POR USO PROLONGADO DE FIXADOR EXTERNO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485309 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***SINISTRO COM PAGAMENTO FEITO POR ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, SEGUE PARA REANÁLISE COM NOVA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

(@ PÁG 1) 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

16 OUT 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Dias Ribeiro Gomes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão professor, residente e domiciliado à Rua João Soares, nº 129, bairro Centro, Município de Cratêus, Estado de(o) Ceará, Cep: 63700-000, portador(a) do Rg nº 2018195784-6, SSP/ CE e CPF nº 077.350.413-30.

Outorgado: José Wlenderon P. da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão professor, residente e domiciliado(a) à Rua Maurício F., nº 937, bairro São Vicente, Município de Cratêus, Estado de (o) Ceará, Cep: 63700-000, portador (a) do RG nº 200200516513-7, SSP/ CE e CPF nº 017.704.903-12.

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) Francisco Dias Ribeiro Gomes, ocorrido em 21.05.2018, 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.



Cratêus, 03, de 09, de 2018.

X Francisco Dias Ribeiro Gomes
Outorgante
CPF Nº 077.350.413-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Reconhecer (a) (s) (s) (s) por autenticidade
Francisco Dias Ribeiro Gomes
Doufe CRATEUS-CE
03 SET, 2018

Em Test. Verdade
Bem: Sabrina Barreto Cavalcante
Mediana Barreto Cavalcante
Valbani Cardozo Barreto Pimentel

ARTURIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Oraya Barreto Cavalcante
Substituta
CRATEUS - CEARA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376239/18

Número do Sinistro: 3180485309

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF: 077.350.413-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 08/01/2019
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO