

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
 GOMES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
CPF: 077.350.413-30

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 17 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: 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

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



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, 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.

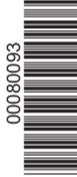
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

SABEMI SEGURADORA S/A

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 Diassis Ribeiro Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Francisco Diassis Ribeiro Gomes

CPF titular da conta

077.350.413-30

Profissão

revisor informar

Endereço

Rua João Soares

Número

129

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Cratús

Estado

Ceará

CEP

63700-000

Email

Telefone (DDD)

(88) 994598121

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

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180485309
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Soares, 129
Centro Crateús 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 FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

- IV. Nexo de causalidade: 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 FÍSICA 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar 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**

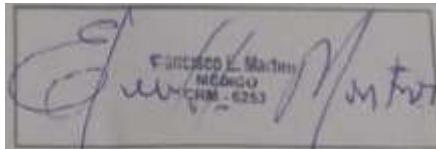
Região Corporal (Sequela):

% 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 N° 445 - 3051 / 2018

16 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: **RECEBIDO 21/08/2018 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE JUVÉNCIO**

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 FARIA

Endereço: **RUA JOÃO SOARES, 129**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUP6633** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** 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 :

KAYRO 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) :

[Signature] ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

x Francisco Bezerra Guarim

x Cláudio da Costa de Souza



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.

SABEMI SEGURADORA S/A

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS.

RUBRICA

MAGISTRADURA POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3051 / 2018

DELEGADO(A) :

Renê Góes Mesquita
DELEGADO
MAT.: 301249-4-4DECLARANTE : *Franisco Ribeiro Zogone*ESCRIVÃ(O) : *Daniel Paiva*ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 301186-2-6

SABEMI SEGURADORA S/A

07 DEZ 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

Francisco Bianis Reboleiro Gomes

CPF da Vítima

077.350.413-30

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 atende 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.

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 Lider 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.

Cratelli, 03 de 09 de 2018

Local e Data

Franisco dissidente

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gomes

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: 00000054406-3

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: 00000054406-3

Nr. da Autenticação 53BF1E1A4A0CAC0D



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

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

563302
01 - NÚMERO
208118
02 - FOLHA
03

01 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA
RUA - PADRE JOSE JUVENCIO DE ANDRADE

06 - PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

DADOS DO ACIDENTE

11 - CLASSIFICAÇÃO

SEM VITIMA COM VITIMA

1 3

12 - N.º DE VITIMAS

MORTOS FERIDOS

0 1

17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)

Automóvel ou Camionete

2 3

Existe Taxi

1 2 3

CAMINHÃO

1 2 3

ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS

1 2 3

MOTOCICLETA OU MOTONETA

1 2 3

DISCLOCOTOR

1 2 3

19 - NOME

ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

22 - ENDEREÇO

LAGOA DO PEIXE (ZONA RURAL) ARARENDÁ/CE

23 - 1º HABILITAÇÃO

141101041

24 - CATEGORIA

A-B

25 - PRONTUÁRIO Nº

03405175900

26 - UF

CE

27 - EX MÉDICO EM DIA

SIM NAO

28 - USAVA CINTO

SIM NAO

29 - USAVA CAPACETE

SIM NAO

30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

SIM NÃO

REALIZADO NO LOCAL

1 3

SIM NÃO

ENCAMINHADO P/EXAME

5 7

31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

SIM NÃO

PERMANECIU NO LOCAL

1 3

SIM NÃO

ATENDEU A VITIMA

5 7

SIM NÃO

EVADIU-SE

9 2

32 - AÇÃO DO CONDUTOR

FORÇAR PASSAGEM RODOVIA

11

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA

21

DESVIOU DE OBSTÁCULO

13

CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO

23

ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA

15

MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO

25

EXCESSO DE VELOCIDADE

17

LUZ ALTA

27

CONTRAMÃO DE DIREÇÃO

19

OUTRA

29

(especificar) **FALHA MECÂNICA**

33 - NOME

36 - ENDEREÇO

34 - SEXO

M F

35 - NASCIMENTO

26/10/51

37 - 1º HABILITAÇÃO

38 - CATEGORIA

39 - PRONTUÁRIO Nº

40 - UF

41 - EX MÉDICO EM DIA

SIM NAO

42 - USAVA CINTO

SIM NAO

43 - USAVA CAPACETE

SIM NAO

44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

SIM NÃO

REALIZADO NO LOCAL

1 3

SIM NÃO

ENCAMINHADO P/EXAME

5 7

45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

SIM NÃO

PERMANECIU NO LOCAL

1 3

SIM NÃO

ATENDEU A VITIMA

5 7

SIM NÃO

EVADIU-SE

9 2

46 - AÇÃO DO CONDUTOR

11

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA

21

DESVIOU DE OBSTÁCULO

13

CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO

23

ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA

15

MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO

25

EXCESSO DE VELOCIDADE

17

LUZ ALTA

27

CONTRAMÃO DE DIREÇÃO

19

OUTRA

29

(especificar) **'LAGOA DO PEIXE (ARARENDÁ)'**

55 - BILHETE

56 - DATA DE EMISSÃO

47 - MARCA

48 - ESPECIE

49 - PLACA

50 - MUNICIPIO

51 - UF

52 - NOME DO PROPRIETARIO

53 - ENDEREÇO

54 - SEGURADORA

55 - DEFETO

56 - FAROL DIANTEIRO

57 - LANTERNA TRASEIRA

58 - LANTERNA DE FREIO

59 - LIMPADOR DE PARA-BRISA

60 - SETA DIRECIONAL

61 - FREIO

62 - PNEU GASTO

63 - OUTRO

(especificar)



ENTRO - Fone: 3691-0194
CRATEUS - CEARÁ

Autentico, para os devidos efeitos, a preso-

cópia regrafia do documento que me fiz
apresentado em Cartório pela parte interessada:
Dou fôr,
CRATEUS - CE
Em Test. 30 MAIO 2013
de veiculo

ESTERIO CAVALCANTE
Ofício Procurador de Imóveis
Flávia Cavalcante Ferreira
Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta
Valbene Cantozo Barros Pimentel-Substituta



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCA ROSILHANE SOARES DE MACEDO
 End. Lote/Rua: RUA JORO SOARES, 120 - CENTRO
 Cidade: CRISTALINA

Fone/Celular:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

CNPJ: 033700-000

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

Cidade:

Local:

Número:

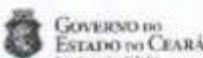
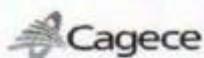
Sobrenome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado:

2º Via



Nº de Inscrição:

0027575748

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

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

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

Cidade: CRATEUS

CNPJ: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 029

Selar: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

CEP:

Subselar:

Subquadra:

Compr: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumetro ¹	Média Semanal (m ³)
ÁGUA	A07F335850	258	278	20	19

DATAS

Leratura Anter: 13/07/2018

Emissão: 24/08/2018

Lacre Águas:

Leratura Anterior: 13/06/2018

Próxima Leratura: 13/08/2018

Lacre Esgotos:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cer	Calorímetros Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analíticas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	049	006	050	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Aqua (m ³)	Esgoto (m ³)
ÁGUA	81,75	JUL/2017	21	16
ESGOTO	88,55	AGO/2017	17	13
MULTA DE 2%	2,43	SET/2017	16	12
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,15	OUT/2017	17	13
EMISSÃO 2A.VIA FATURA	1,00	NOV/2017	18	14
ATENDIMENTO(S): [130411522]		DEZ/2017	16	14
		JAN/2018	24	19
		FEV/2018	19	15
		MAR/2018	15	12
		ABR/2018	19	15
		MAY/2018	17	13
		JUN/2018	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		
			Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
	PIS	1,49	VALOR DO SERVIÇO	155,88	
	COFINS	7,45	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

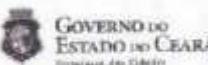
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNR, Itaú, Sicredi, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triântico, Outros: PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de pagamento em conta de sua conta bancária. Para este serviço, consulte sua instituição financeira.

E 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 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na unidade Cagece: 3101-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Devidos à localidades: 155-Site da ARCE www.arce.ce.gov.br.

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



Fatura Mensal

Via de agência
atendente

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748 Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 029

Selar: 11

Quadra: 0048

Lote: 0260

Compr: 0000

Subselar:

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

SABEMI SEGURADORA S/A

04 FEV 2019

RECEBIDO

Cagece

027598500

DETALHO QUITANTE
Nome: FRANCISCO DE REGIS RIBEIRO GOMES
Sobrenome: RU JOAO SOARES, 129, CENTRO
Cidade: CRISTEAUS

Data: 04/02/2019
Valor: 63700-000

Lote: 016 Nro: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 001 Nro: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 016 Lote: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 001 Lote: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 016 Lote: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 001 Lote: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 016 Lote: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Nro: 001 Lote: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

DETALHO DE QUITACOES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 68,09. Caso pago, desconsiderar.

DETALHO DOS SERVICOS
PROMOCIONAIS

PERÍODO	VALOR	VALOR DO SERVIÇO	VALOR DO SUBSÍDIO	VALOR TOTAL A PAGAR
01/01/19 - 12/2018	24,40	24,40	0,00	24,40
13/01/19 - 12/2018	19,52	19,52	0,00	19,52
13/01/19 - 12/2018	16,31	16,31	0,00	16,31
13/01/19 - 12/2018	10	10	0,00	10
13/01/19 - 12/2018	11	11	0,00	11
13/01/19 - 12/2018	9	9	0,00	9
13/01/19 - 12/2018	7	7	0,00	7

DETALHO DE FATURAÇÃO
Descrição: TELFONE
C15 0,57
COP 145 2,87
VALOR DO SERVIÇO 24,40
VALOR DO SUBSÍDIO 24,38
VALOR TOTAL A PAGAR 60,23

PERÍODO	VALOR	VALOR DO SERVIÇO	VALOR DO SUBSÍDIO	VALOR TOTAL A PAGAR
01/2019	60,23	60,23	0,00	60,23
06/02/2019	60,23	60,23	0,00	60,23

L: 352967053941377 H: 09:44:09 R: 002 P: 001

Cagece
Central de Atendimento

Cagece
Atendimento

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

Instâncias Reguladoras: Portaria ANATEL - Autoridade Nacional de Telecomunicações: 00000 2005 1918. Outras: Controladoria dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 00000 2005 1918. Outras: Controladoria dos Serviços Públicos de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: ANEEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 00000 2005 1918. Ouvidoria Estadual: 00000 2005 1918. Site da ANEEL: www.aneel.gov.br. Mais informações pelo telefone: 1640-270-8100, nas horas de atendimento de 08 às 17h, no site www.aneel.gov.br ou na

de 08 às 12h e 13h às 17h.

Cagece

352967053941377 - 7565

Data: 01/02/2019

Lote: 016 Nro: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 001 Nro: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 016 Nro: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 001 Nro: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 016 Nro: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 001 Nro: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 016 Nro: 016
Data: 01/02/2019
Valor: 000

Lote: 001 Nro: 000
Data: 01/02/2019
Valor: 000

06/02/2019 00:00:00 80,23

82610000000 7 80230009900 2 02759856001 2 05000922015 8

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 estabelecido 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 de seguros, 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

18 OUT 2018

RECEBIDO

Pelo exposto, eu -zé wenderson P. da silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503/12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franckce Diassis Ribeiro Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Franckce Diassis 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 Lider-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	Rua manor Fé	Número	937	Complemento	mano inferior
Bairro	São Vicente	Cidade	Crato	Estado	Ceará
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(88) 99459-8121

Crato, 04 de 09 de 2018
Local e Data

zé wenderson P. da silva
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - EMERGENCIA

SABEMI SEGURADORA SA 21/05/2018 07:59

Página 1
v2017005

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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 (impm)
				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

500(07:50) ✓ 500(08:01) ✓

Victor Amon Fernandes
CRM-CE 18564

VICTOR AMON NUNES FERNANDES - CRM: 18564

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA ROZILANE SOA

Nome

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Nascimento

09/08/1969

Local

CRATEUS

Sexo

Masculino

Raça/Cor

Parda

Documento(s)

Ignorado

Endereço

RUA ALMIRANTE TAMANDARE

Fone

(88) 9277-7652

Responsável

FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

Endereço Responsável

ALMIRANTE TAMANDARE, 1690 CASA

Mãe

ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário/Atendimento

026472/0004

Idade

48 Ano(s)

Religião
NÃO DETERMINADA

País Nacionalidade

Brasil

Estado Civil

Casado(a)

CNS

Etnia

CNS

Nº

1690

Bairro

SAO JOSE

Município

CRATEUS-CE

CEP

63700-000

Empresa

Fone Empresa

CPF do Responsável

Fone Responsável

Cônjugue

FRANCISCA ROZILANE SOARES

Pai

FRANCISCO GOMES FARIA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Clínica

CIRURGICA

Autorização

Setor

OBSERVAÇÃO

Dias

Guia

0

CRM

18564

CID Complementar

Data/Hora

21/05/2018 08:17

Convênio

SUS

Médico

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

ID Principal

Observação

Usuário
MIKAELY SOARES GOMES

Data Saída

Hora

Procedimento SUS

Condição da Saída

Sisprenatal

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

Assinatura responsável

Assinatura do responsável

SUS

Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA RIBEIRO GOMES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690, SAO JOSE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/08/1969

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9277-7652

14 - TELEFONE DE CONTATO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

26472

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

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 m^o prensado contra 02 veículos, apresenta fratura exposta importante da tibia e fibula, com sangramento local, sem alterações no ABCDE do trauma.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

risco de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese+exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta da tibia e fibula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

3832

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção + cintiloscintografia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Dr. Gilvan Melo Marques

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletrivo

31 - DOCUMENTO

() CNS

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CPF

60627206301

Paciente: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Data de Nascimento: 09/08/1969

Idade: 48 Ano(s)

Sector: 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 SANCHES CRM-CE 6945
CRM-CE 6945
Ort. Traumatologista

Assinatura Paciente/Responsável

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
25/10/18	Às 09:45Hs Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, verbaliza, descreve os movimentos normais, sentindo dor nos braços na rotulada, reúne alto nível vital, entrega aviso de alto	
	+ Orientações dos procedimentos	
	+ Enfermeira: Sônia Gomes	

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

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

PACIENTE

Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
 Data de Int. 21/05/2018 D. 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

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA		
	REALIZADA		
CIRURGIÃO Drº Jamil			
AUXILIARES	1º		CRM
	2º		CRM
	3º		CRM
	4º		CRM
ANESTESIOLOGISTA			CRM
TIPO DE ANESTESIA	Raque		
PATOLOGISTA			
INSTRUMENTADOR(A)	Simone		
CIRCULANTE	Keila		
ACHADOS OPERATÓRIOS			
Fimeto no a fato reto fato recto + enor pulmão clare + chys pulmão par + hyste oce fundo em p pulmão a le fundo cérebro falso + seccus fundo falso fundo cerebelo			

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMI

Paciente: FRANCISCO DIASSEIS RIBEIRO GOMES
 Data da Int: 21/05/2018 Dí de Nasc: 09/06/1969
 Convênio: SUS Prontuário: 026472
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

ANESTESIA

DATA: 25/05/18

LEITO

PACIENTE

TIPO DE CIRURGIA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	TEMPO DE SALA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

AP RESPIRATÓRIA

dr w

ASMA

ms

BRONQUIOS

AP. CIRCULATÓRIO

n

ECG

AP. DIGESTIVO

n DENTES PESCOÇO

ALÉRGIA

ms

AP. URINÁRIO

n

ESTADO MENTAL

w

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

RISCO

ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES

CORTICOIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANASTÉSICA

HORA

EFEITO

HIPOTENSORES OUTROS

HORÁRIO: *06h 45m*
 Anestésico: *0.5g Diazepam*
 Líquido: *ms JPL F*

INDUÇÃO

SATISFATÓRIO EXCITAÇÃO

LARINGOESPASMO LENTA

TOSSE NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

MANUTENÇÃO

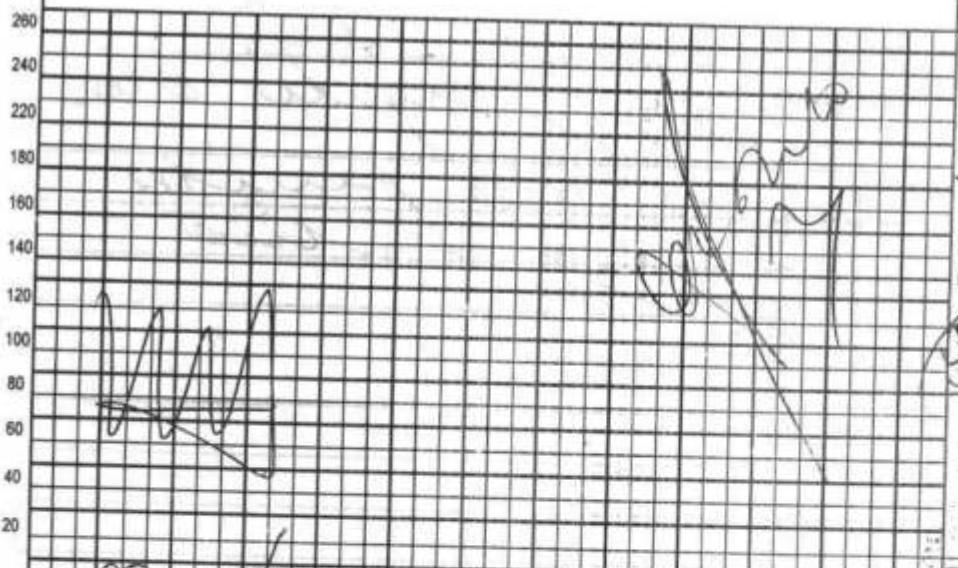
ms

ms

ms ms ms

ANESTESIA SATISFATÓRIA
 () SIM () NÃO
 NÃO PORQUE: *ms ms ms*

CÓDIGO
 V P. Arterial O Pulso O. Respiração
 A X. Anestesia O. Operação



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

ms ms

DÉSPERAR
 REFLEXOS NORM. *ms*
 OBSTRUÇÃO CO₂
 EXCITAÇÃO NAUSEAS
 VÔMITOS OUTROS

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIOS

ANESTESISTAS

Beta

ms ms ms ms ms

BALANÇO
 PERDA SANGUÍNEA APROXIMADA ml
 VOLUME SANGUÍNEO REPOSTO ml
 TEMPO CIRÚRGICO h
 DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO h m

AGRAVAMENTO
RESUMO DE TRATAMENTO

SABEMI SEGURADORA S/A

08 JAN 2019

RECEBIDO

1. NOME DO PACIENTE: Francisco Dias
Ribeiro Gómez

2. LOCAL: CRATÉNS - CE

3. DATA DO ACIDENTE: 21.05.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu fratura grave
exposta da perna esquerda.

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Cirurgia cirúrgica. Rx
analgésicos, anti-inflamatórios, redução
da fratura, osteossíntese com
placa de titânio e parafuso.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Dor no péssimo
rigidez articular, atrofia muscular,
perda da força, incapacidade de
locomover faz uso de muletas
perda total da função do
membrão inferior esquerdo.

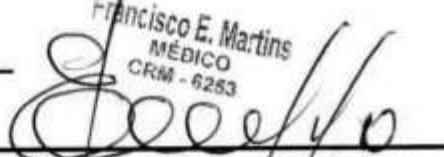
7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

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 - 6253

ASSINATURA E CARIMBO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

PAI/AÇÃO FRANCISCO GOMES FARIAS

MATER/AÇÃO ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE CRATEUS - CE DATA DE NASCIMENTO 09/08/1969

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4501 FOLHA:289 LIVRO:8-15 CRATEUS - 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



Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

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

SABEMI SEGURADORA S/A

08 JAN 2019

RECEBIDO

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.

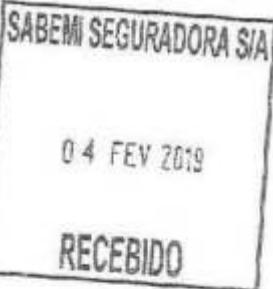
Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

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 pericia 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
GOMES

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 CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
GOMES

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 Juares Ribeiro Gomes, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado à Rua João Soares, nº 129, bairro Centro, Município de Crateús, Estado de(o) Ceará, Cep. 63700-000, portador(a) do RG nº 20181957846, SSP/..., e CPF nº 077-350-413-30.

Outorgado: José Wenderson P. da Silva, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado(a) à Rua Moura Filho, nº 937, bairro São Vicente, Município de Crateús, Estado de (o) Ceará, Cep. 63700-000, portador (a) do RG nº 200.100.516.513 SSP/..., 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 Juares 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.

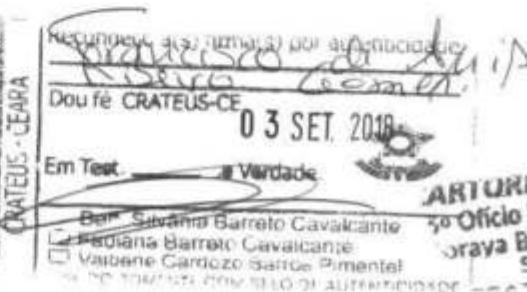


Crateús, 03, de 09

de 2018.

X Francisco Juares Ribeiro
Outorgante
CPF Nº 077-350-413-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Em Test.

Verdade.

ARTURIS CAVALEANTI
5º Ofício Registro de Imóveis
Oraya 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/01/2019

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 08/01/2019

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
 GOMES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
CPF: 077.350.413-30

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/12/2018

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 07/12/2018

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 17 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: 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



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



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, 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.

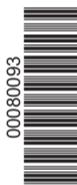
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

SABEMI SEGURADORA S/A

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 Diassis Ribeiro Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Francisco Diassis Ribeiro Gomes

CPF titular da conta

077.350.413-30

Profissão

revisor informar

Endereço

Rua João Soares

Número

129

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Cratubas

Estado

Ceará

CEP

63700-000

Email

Telefone (DDD)

(88) 994598121

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

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

</

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180485309
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Soares, 129
Centro Crateús 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 FÍSICA, ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA DO FIXADOR EXTERNO

- IV. Nexo de causalidade: 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 FÍSICA 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar 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 N° 445 - 3051 / 2018

16 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: **RECEBIDO 21/08/2018 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE JUVÉNCIO**

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 FARIA

Endereço: **RUA JOÃO SOARES, 129**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUP6633** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** 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 :

KAYRO 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) :

[Signature] ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

x Francisco Bezerra Guarim

x Cláudio da Costa de Souza



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.

SABEMI SEGURADORA S/A

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS.

RUBRICA

MAGISTRADURA POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3051 / 2018

DELEGADO(A) :

Renê Góes Mesquita
DELEGADO
MAGISTRADE POLICIAL
MAT.: 301249-4-4

DECLARANTE : *Franisco Ribeiro Zogone*ESCRIVÃ(O) : *Daniel Paiva*ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 301186-2-6

SABEMI SEGURADORA S/A

07 DEZ 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

Francisco Bianis Reboleiro Gomes

CPF da Vítima

077.350.413-30

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 atende 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.

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 Lider 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.

Cratelli, 03 de 09 de 2018

Local e Data

Franisco dissidente

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gomes

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: 00000054406-3

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: 00000054406-3

Nr. da Autenticação 53BF1E1A4A0CAC0D



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

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO
208 / 13
02 - FOLHA
03

DADOS DO ACIDENTE		DE - PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.		DE - MUNICÍPIO		05 - UF	
CONDUOTOR Nº		RUA - PADRE JOSÉ JUVENCIOS DE ANDRADE		SABEM SEGUROADORA/S/A		05 - UF	
CONDUTOR Nº		06 - ZONA RURAL/URBANA		09 - DATA		CE	
VEÍCULO Nº		07 - HORA DA Ocorrência		10 - DIA DA SEMANA		05	
CAR/CAM/GM D20		08 - TIPO DE PAVIMENTO		11 - CONDIÇÕES DA VIA		SEGUNDA	
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA		ASFALTO		16 OUT 2018		1 - CONDIÇÕES DA VIA	
LACOA DO PEIXE (ZONA RURAL)		CONCRETO		SECA		NOM	
ARARENDAA/CE		PARALELEPIPEDO		MOLHADA		CHUVA	
		CASCALHO		OLEOSA		NEBLINA	
		TERRA		PANCADÃO		GAROA	
		AREIA					
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (Identidade)		18 - CONTROLE DO TRAFEGO DAS RODOVIAS					
Automóvel ou Camionete		CURVA FECHADA		CURVA EM RAMPA		9	
Existe Taxi		1 2 3					
TAXI		1 2 3					
CAMINHÃO		1 2 3					
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS		1 2 3					
MOTOCICLETA OU MOTONETA		1 2 3					
CICLOMOTOR		1 2 3					
19 - NOME		BICICLETA		1 2 3			
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA		TREM		1 2 3			
22 - ENDEREÇO		VEÍCULO TRAÇÃO ANIMAL		1 2 3			
LAGOA DO PEIXE (ZONA RURAL)		ANIMAL		1 2 3			
23 - 1º HABILITAÇÃO		PEDESTRE		1 2 3			
19910104		DUTRO (especificar)		1 2 3			
24 - CATEGORIA		30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA		32 - AÇÃO DO CONDUTOR		20 - SEXO	
A-B		SIM NÃO		FORÇAR PASSAGEM RODOVIA		M	
31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR		REALIZADO NO LOCAL		DESVIOU DE OBSTÁCULO		F	
PERMANECIU NO LOCAL		SIM NÃO		ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA		21 - NASCIMENTO	
ATENDEU A VITIMA		SIM NÃO		EXCESSO DE VELOCIDADE		26 OUT 2018	
EVADIU-SE		SIM NÃO		CONTRAMÃO DE DIREÇÃO		27	
33 - NOME		44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA		34 - AÇÃO DO CONDUTOR		28 - USAVA CINTO	
36 - ENDEREÇO		SIM NÃO		FORÇAR PASSAGEM RODOVIA		NAO	
37 - 1º HABILITAÇÃO		REALIZADO NO LOCAL		DESVIOU DE OBSTÁCULO		29 - USAVA CAPACETE	
38 - CATEGORIA		ENCAMINHADO P/EXAME		ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA		SIM NAO	
40 - UF		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR		EXCESSO DE VELOCIDADE		SIM NAO	
41 - EX MÉDICO EM DIA		PERMANECIU NO LOCAL		CONTRAMÃO DE DIREÇÃO		SIM NAO	
42 - USAVA CINTO		ATENDEU A VITIMA		35 - ENDEREÇO		SIM NAO	
43 - USAVA CAPACETE		EVADIU-SE		46 - ESPECIE		36 - MARCA	
47 - MARCA		48 - ESPECIE		49 - PLACA		50 - MUNICÍPIO	
CAR/CAM/GM D20		CAMILIONE/CABER		HUP 6633		51 - UF	
52 - NOME DO PROPRIETÁRIO		53 - ENDEREÇO		54 - MUNICÍPIO		CE	
ANTONIO VIEIRA DE SOUZA		LAGOA DO PEIXE (ARARENDAA/CE)		ARARENDAA/CE			
55 - BILHETE		56 - DATA DE EMISSÃO					
57 - DIFETO FAROL DIANTEIRO		58 - LANTERNA TRASEIRA		59 - LIMPADOR DE PARA-BRISA		60 - SETA DIRECIONAL	
1		3		5		7	
61 - FRENTE		62 - LANTERNA DE FREIO		63 - LIMPADOR DE PARA-BRISA		64 - SETA DIRECIONAL	
2		4		6		8	
65 - PNEU GASTO		66 - OUTRO (especificar)					
3		5					



**Autentico, para os devidos efeitos, a presençá-
côpia regrapada do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.**

~~CEA
CRATEUS - CE~~
30 MAI 2013

Bel® Sevânia Barreto Cavalcante - Oficial
 Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta
Universidade Estadual de Santa Cruz - Uesc



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCA ROSILHANE SOARES DE MACEDO
 End. Logradouro: RUA JORO SOARES, 120 - CENTRO
 Cidade: Fortaleza

Fone/Celular:

Cidade:

Local:

Número:

Bairro:

Sub-bairro:

Complemento:

CNPJ: 033700-000

UF:

CEP:

Cidade:

Local:

Número:

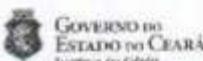
Bairro:

Sub-bairro:

Complemento:

UF:

2º Via



Nº de Inscrição:

0027575748

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

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

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

Cidade: CRATEUS

CNPJ: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 029

Selar: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

CEP:

Subselar:

Subquadra:

Compr: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumetro	Média Semanal (m³)
ÁGUA	A07F335850	258	278	20	19

DATAS

Leratura Atual: 13/07/2018

Emissão: 24/08/2018

Lacre Águas:

Leratura Anterior: 13/06/2018

Próxima Leratura: 13/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cer	Calorímetros Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analíticas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	049	006	050	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Aqua (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	81,75	JUL/2017	21	16
ESGOTO	88,55	AGO/2017	17	13
MULTA DE 2%	2,43	SET/2017	16	12
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,15	OUT/2017	17	13
EMISSÃO 2A.VIA FATURA	1,00	NOV/2017	18	14
ATENDIMENTO(S): [130411522]		DEZ/2017	16	14
		JAN/2018	24	19
		FEV/2018	19	15
		MAR/2018	15	12
		ABR/2018	19	15
		MAY/2018	17	13
		JUN/2018	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		
			Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
	PIS	1,49	VALOR DO SERVIÇO	155,88	
	COFINS	7,45	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, BNR, Itaú, Sicredi, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triântico, Outros: PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de pagamento em conta de sua conta bancária. Para este serviço, consulte sua instituição financeira.

E 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 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na unidade Cagece: 3101-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Devidos à localidades: 155-Site da ARCE www.arce.ce.gov.br.

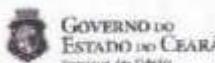
CAGECE
CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 275 0195

155
Site da ARCE

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO



Fatura Mensal

Via de agência
atendente

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748 Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 029

Selar: 11

Quadra: 0048

Lote: 0260

Compr: 0000

Subselar:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 03/08/2018

Total (R\$): 155,88

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



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 estabelecido 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 de seguros, 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

18 OUT 2018

RECEBIDO

Pelo exposto, eu -zé wenderson P. da silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503/12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franckce Diassis Ribeiro Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.350.413/30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Franckce Diassis 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 Lider-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	Rua manor Fé	Número	937	Complemento	mano inferior
Bairro	São Vicente	Cidade	Crato	Estado	Ceará
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(88) 99459-8121

Crato, 04 de 09 de 2018
Local e Data

zé wenderson P. da silva
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - EMERGENCIA

SABEMI SEGURADORA S.A. - 21/05/2018 07:59

Página 1
v2017005

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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 (impm)	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

500(07:50) ✓ 500(08:01) ✓

*Victor Amon Fernandes
CRM-CE 18564*

VICTOR AMON NUNES FERNANDES - CRM: 18564

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA ROZILANE SOA

Nome

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Nascimento

09/08/1969

Local

CRATEUS

Sexo

Masculino

Raça/Cor

Parda

Documento(s)

Ignorado

Endereço

RUA ALMIRANTE TAMANDARE

Fone

(88) 9277-7652

Responsável

FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

Endereço Responsável

ALMIRANTE TAMANDARE, 1690 CASA

Mãe

ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário/Atendimento

026472/0004

Idade

48 Ano(s)

País Nacionalidade

Brasil

Estado Civil

Casado(a)

CNS

Religião

NÃO DETERMINADA

Nº

1690

Bairro
SAO JOSE

Município

CRATEUS-CE

CEP

63700-000

Empresa

Fone Empresa

CPF do Responsável

Fone Responsável

Cônjugue

FRANCISCA ROZILANE SOARES

Pai

FRANCISCO GOMES FARIA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Clínica

CIRURGICA

Autorização

Setor

OBSERVAÇÃO

Dias

0

Guia

CRM

18564

CID Complementar

Data/Hora

21/05/2018 08:17

Convênio

SUS

Médico

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

ID Principal

Observação

Usuário
MIKAELY SOARES GOMES

Data Saída

Hora

Procedimento SUS
Condição da Saída

Sisprenatal

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

Assinatura responsável

Assinatura do responsável

SUS

Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA RIBEIRO GOMES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690, SAO JOSE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/08/1969

9 - SEXO

Masculino

Feminino

3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9277-7652

14 - TELEFONE DE CONTATO

6 - N° DO PRONTUÁRIO-

26472

2 - CNES-

2481073

4 - CNES-

2481073

10.1 ETNIA

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

risco de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese+exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta da tibia e fibula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção + cintiloscopia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

Dr. Gilvan Melo Marques

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

() CNS

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60627206301

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/05/2018

Dr. Gilvan Melo Marques

Médico

CRM-15564

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - N° DO BILHETE

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - CNPJ EMPRESA

() EMPREGADO

43 - CNAE DA EMPRESA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Dr. Gilvan Melo Marques

Médico Auditor CRM/CE. 10784

Secretaria Municipal da Saúde de Crateús

Departamento de Controle, Avaliação,

Regulação e Auditoria

Paciente: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Data de Nascimento: 09/08/1969

Idade: 48 Ano(s)

Sector: 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 SANCHES CRM-CE 6945
CRM-CE 6945
Ort. Traumatologista

Assinatura Paciente/Responsável

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
25/10/18	Às 09:45Hs Paciente em repouso no leito,	
	consciente, orientado, verbaliza, descreve	
	memórias recentes, sentindo dor.	
	fis. Os dedos na proximidade, recusa	
	alto nível, entrega aviso de dor.	
	+ Orientações dos profissionais	
	Liberar Sonda Gástrica	
	Assinatura: [Assinatura]	
	COREN: [Número]	

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

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

PACIENTE

Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
Data de Int. 21/05/2018 D. 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

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA		
	REALIZADA		
CIRURGIÃO Drº Jamil			
AUXILIARES	1º		CRM
	2º		CRM
	3º		CRM
	4º		CRM
ANESTESIOLOGISTA			CRM
TIPO DE ANESTESIA	Raque		
PATOLOGISTA			
INSTRUMENTADOR(A)	Simone		
CIRCULANTE	Keila		
ACHADOS OPERATÓRIOS			
Fimeto no a fato reto fato recto + enor pulmão clare + chys pulmão par + hyste oce fundo em p pulmão a le fundo cérebro falso + seccim fundo falso fundo cerebelo			

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMI

Paciente: FRANCISCO DIASSEIS RIBEIRO GOMES
 Data da Int: 21/05/2018 Dí de Nasc: 09/06/1969
 Convênio: SUS Prontuário: 026472
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

ANESTESIA

DATA: 25/05/18

LEITO

PACIENTE

TIPO DE CIRURGIA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	TEMPO DE SALA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	P. ARTERIAL

AP RESPIRATÓRIA

dr w

ASMA

ms *ms*

AP. CIRCULATÓRIO

n

ECG

AP. DIGESTIVO

n DENTES PESCOÇO

ALÉRGIA

ms *w*

AP. URINÁRIO

n

ESTADO MENTAL

w

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

RISCO

ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES

CORTICOIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANASTÉSICA

HORA

EFEITO

HIPOTENSORES OUTROS

HORÁRIO: *06h 45p*
 Anestésico: *06h 45p*
 Líquido: *ms* *JPL F*

INDUÇÃO

SATISFATÓRIO EXCITAÇÃO

LARINGOESPASMO LENTA

TOSSE NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

MANUTENÇÃO

ms

ms

ms *ms*

ms *ms* *ms* *ms*

ANESTESIA SATISFATÓRIA

() SIM

NÃO PORQUE

DÉSPERAR

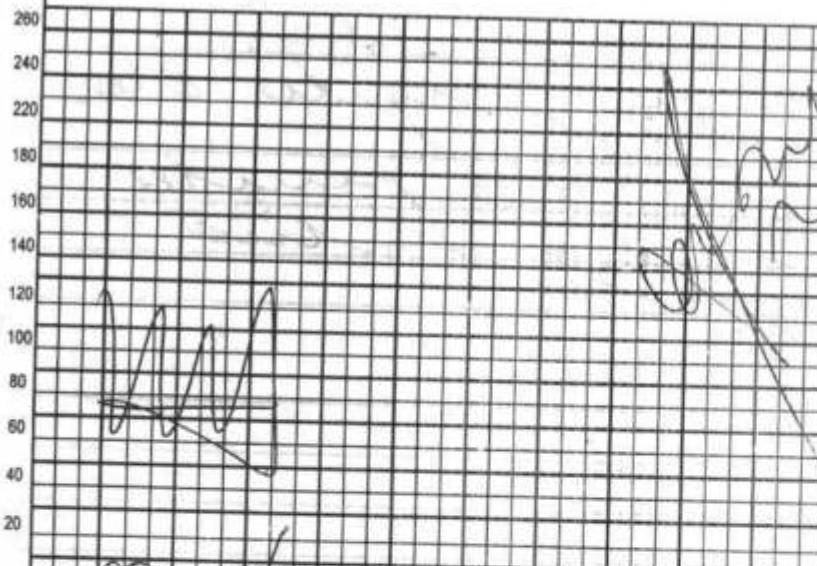
REFLEXOS NORM

OBSTRUÇÃO CO₂

EXCITAÇÃO NAUSEAS

VÔMITOS OUTROS

CÓDIGO
P. Arterial O Pulso O. Respiração
V. A. X. Anestesia O. Operação



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

ms *ms*

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

Beta
ms *ms* *ms*

PARA O LEITO CÂNULA

() SIM () NÃO

CONDIÇÕES

BALANÇO

PERDA SANGUÍNEA APROXIMADA ml

VOLUME SANGUÍNEO REPOSTO ml

TEMPO CIRÚRGICO

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO h m

AGRAVAMENTO
RESUMO DE TRATAMENTO

SABEMI SEGURADORA S/A

08 JAN 2019

RECEBIDO

1. NOME DO PACIENTE: Francisco Dias
Ribeiro Gómez

2. LOCAL: CRATÉNS - CE

3. DATA DO ACIDENTE: 21.05.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu fratura grave
exposta da perna esquerda.

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Cirurgia cirúrgica. Rx
analgésicos, anti-inflamatórios, redução
da fratura, osteossíntese com
placa de titânio e parafuso.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Dor no péssimo
rigidez articular, atrofia muscular,
perda da força, incapacidade de
locomover faz uso de muletas
perda total da função do
membrão inferior esquerdo.

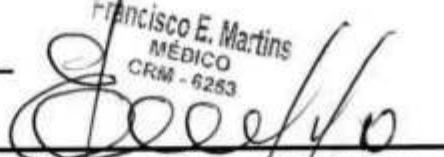
7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

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 - 6253

ASSINATURA E CARIMBO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

PAI/AÇÃO FRANCISCO GOMES FARIAS

MATER/AÇÃO ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE CRATEUS - CE DATA DE NASCIMENTO 09/08/1969

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4501 FOLHA:289 LIVRO:8-15 CRATEUS - 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



SABEMI SEGURADORA S/A

16 OUT 2018

RECEBIDO

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE MÉDIA OU MAIOR, SUA CARGA A PESO E TRANSPORTADORES DE CARGA. SEGURO DPVAT

TRANSPORTE DE CARGA. SEGURO DPVAT

DETAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

FOLHA 162407920 | PLACA 0000000 | 211B

ANTONIO VIEIRA DE SOUZA

ESTADO: CEARÁ

ARARENDÁ/CB

PERÍODO: 01/06/2018

LICENCIAMENTO: 1624067-363

VALIDADE:

01/06/2019

PRÉMIO TARRAFÁRICO:

2018

VALOR:

R\$ 0,00

Crateús (CE), 26 de dezembro de 2018.

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

SABEMI SEGURADORA S/A

08 JAN 2019

RECEBIDO

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.

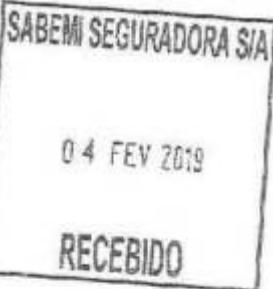
Caso seja negado o pedido de reanálise, entrarei com reclamação na SUSEP.

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 pericia 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
GOMES

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 CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
GOMES

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 Juares Ribeiro Gomes, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado à Rua João Soares, nº 129, bairro Centro, Município de Crateús, Estado de(o) Ceará, Cep. 63700-000, portador(a) do RG nº 20181957846, SSP/..., e CPF nº 077-350-413-30.

Outorgado: José Wenderson P. da Silva, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado(a) à Rua Moura Filho, nº 937, bairro São Vicente, Município de Crateús, Estado de (o) Ceará, Cep. 63700-000, portador (a) do RG nº 200.100.516.513 SSP/..., 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 Juares 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.



Crateús, 03, de 09

de 2018.

X Francisco Juares Ribeiro
Outorgante
CPF Nº 077-350-413-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Em Test.

Verdade.

ARTURIS CAVALEANTI
5º Ofício Registro de Imóveis
Oraya 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/01/2019

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 08/01/2019

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO