

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499261 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. JOFRANIO B. F. DE CALDAS, CRM 6795, EM 10/01/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499261 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. JOFRANIO B. F. DE CALDAS, CRM 6795, EM 10/01/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Número do Sinistro: 3180499261

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180499261**

Vitima: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180499261**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549030



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180499261**

Vitima: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180499261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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





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)

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 entre 16 e 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	Nome completo da vítima
	630.225.243-15	REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES		630.225.243-15		RECUSOU-SE	
Endereço		Número		Complemento	
RUA JOAQUIM DA ROCHA		1098		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
JOÃO CAIBRAL	JUAZEIRO DO NORTE	CE/PA	63051-040	88198800712	
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0032 D/V (Informar dígito se existir) OP. 013		CONTA NRO. 00094415 D/V 3 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

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

J. DO NORTE-CE 06 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Regivaldo de Souza Rodrigues
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



YNU



91

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9406 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/08/2018 14:39:17
Data / Hora da Ocorrência: 27/06/2018 20:40:00
Endereço da Ocorrência: RUA NOSSA SENHORA APARECIDA
Complemento: COM RUA FARIAS BRITO
Bairro: JOÃO CABRAL Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
Nascimento: 11/09/1978 CPF: 630.225.243-15
RG: 97029098141 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES
SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES
Endereço: RUA JOAQUIM DA ROCHA, 1098
Bairro: JOÃO CABRAL
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (88) 98854-4225

Noticiante(s)

Nome: CÍCERO ROBERTO SOARES DA SILVA
Nascimento: 24/08/1975 CPF: 257.852.608-75
RG: 21212 Orgão Emissor: SSP UF:
Filiação: MARIA IZOLDA DA SILVA
OSVALDO JULIÃO DA SILVA
Endereço: RUA FARIAS BRITO, 928
Bairro: ROMEIRÃO CEP:
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 98808-2663

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HX15322 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:
9C2KC08106R881342 Renavam: 880126094 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano
Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2006 Combustível: GASOLINA Cor:
LARANJA Proprietário: CÍCERO ROBERTO SOARES DA SILVA Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISÃO

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DÍSSE: QUE é mototaxista e estava realizando uma corrida no dia, hora e local, acima informados, em seu veículo, supracitado, anexa cópia do CRLV, com a pessoa de REGIVALDO DE SOUZA na garupa, pela via preferencial, quando ao passar pela Rua Farias Brito, uma moto HONDA BIZ PRATA, não sabe mais detalhes, invadiu a preferencial e veio atingir a parte traseira da sua moto, pegando no tornozelo da vítima; QUE todos foram ao chão no momento da colisão; QUE alega não ter sofrido nada, porém o passageiro reclamava de dor no pé esquerdo, porém não quis ir de imediato para o hospital, então foi para casa; QUE o condutor é habilitado [CÓPIA ANEXA]; QUE no dia seguinte,

RECEBIDO

18 OUT 2018

Seguradora Líder DPVAT

Cícero Roberto Soares da Silva



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9406 / 2018

28/06/2018 pela manhã, resolveu ir ao HOSPITAL, porque o pé inchou e ficou doendo; QUE procurou atendimento na UPA 24h; QUE conforme ATENDIMENTO Nº 409037 [CÓPIA ANEXA], a vítima chegou ao hospital referindo trauma com dor e edema em tornozelo esquerdo; QUE alega ter fraturado o tornozelo esquerdo; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Boletim de Ocorrência,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300434-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Roberto Roberto Santos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

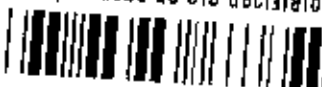
JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/L
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: ...

Comprovação de ato declaratório



409037

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (086) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 28/06/2018
Hora: 09:12

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 156868 REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

Endereço: RUA FARIAS BRITO, 1145, JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO NORTE
Nasc: 11/09/1978 Idade: 39
Telefone: - Celular: (88) 98835-4844
CEP: 63.051-125 Natural: BARRO-CE

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 97029098141 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

ConvênioSUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

REFER TRAUM ONREM EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQ

Antecedentes Médicos

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame Físico

EDDAM ARTICULAR SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

Exames Complementares

ANAMNESE EXAME FÍSICO / SEGUE COM ORIENTAÇÕES

Conclusão Diagnóstica

VPM

SOLIC RX TORNOZELO E

CID-10 M255

Tratamento

HIANNY APOLINARIO FEITOSA LANDIM
CRM: 15794 / CE

GA Informática - www.syshosp.com.br

Data: 26/07/2018 Horário: 06:04

DR. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
CRM: 48.400
Diretor Médico

Página: 1
Ficha_CPSMed2



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").

Nome Completo da Vítima

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF da Vítima

630.275.243-15

Data do Acidente

27-06-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

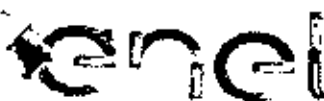
1 DO NORTE-06 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

R. Regivaldo de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo 8 | Série B-4 | N° 541949001
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
Instituída pela Lei nº 10.438 de
20 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

SET/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1045665

VENCIMENTO
25/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DADOS DO CLIENTE
Rota 12 013000 23 012400
Nome MARIA CECI DE SOUZA RODRIGUES
Endereço Postal

Medidor
5537786

Poste
0000 A90N

End. da Unidade Consumidora RU JOAQUIM DA ROCHA 01098 JOAO CABRAL JUAZEIRO DO NORTE 63051040

RG / CPF / CNPJ 013.191.983-09

CGF

Classe B1 - D1-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 24091

24007

1

84

0

84

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/09/2018

Prev. Próxima
Leitura

18/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EB19.4F0B.6C7B.5E15.EB1E.DC71.6535.CFCE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

INDENIZACAO MENSAL DNEC

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

MULTA MORATORIA

DOACAO APAE - TEL 0800-025-0703

ADICIONAL BANDEIRA VERDELLHA NES (R\$ 2,19)

-26,53

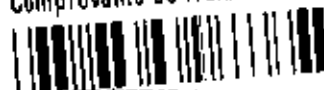
-0,40

0,51

0,54

2,00

Comprovante de residência



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

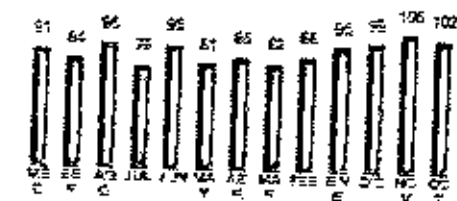
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,79

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	5,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			5,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

1045665-1

Nº da Nota Fiscal: 541949001

Total a Pagar (R\$): 0,00

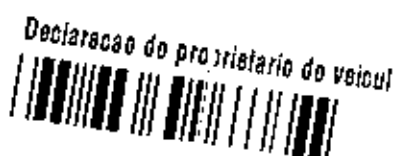
Data de Emissão:

05/10/2018

Referência: SET/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA,
RG nº 20151648020, data de expedição 01/12/15,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 257.852.608-75, com
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FARIAS BRITO, nº 928,
complemento LONTEIRÃO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGIVALDO DA SILVA RODRIGUES, cujo o condutor era
CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA CG 150
Ano: 2006
Placa: 4XES322
Chassi: 9CEKCO8106R 851342
Data do Acidente: 22-06-2018
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 23-08-18



CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0829 / 3587-1837 - www.cartorioviana.com.br
Sra. Lúcia Maria da Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) e firma de: CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA CONFERIDO () DOU FE.
Juazeiro do Norte-Ceará, 21/08/2018.

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Cavalcini
ESCREVENTE

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: ...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 28/06/2018
Hora: 09:12

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 156868REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

Nasc: 11/09/1978

Idade: 39

Telefone: () -

Celular: (88) 98835-4844

Endereço: RUA FARIAS BRITO, 1145, JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO CEP: 63.051-125 Natural: BARRO-CE

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 97029098141 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

REFER TRAUM ONREM EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQ

Documentação médica - hospitalar



Antecedentes Médicos

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame Físico

EDAM ARTICULAR SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

Exames Complementares

ANAMNESE EXAME FÍSICO / SEGUE COM ORIENTAÇÕES

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

VPM

SOLIC RX TORNOZELO E

Tratamento

HIANNY APOLINARIO FEITOSA LANDIM
CRM: 15794 / CE

DR. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
CRM 40468
Diretor Médico

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Reginaldo da Silva Rodrigues

portador de carteira profissional nº.

Série _____ Necessita de 30 (trinta)

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença em fase de consolidação

C. I. D. S82

URFAT 180718

Hospital ou Ambulatório.

Assisio Mario da Silva

Ordem de Serviço: 14/03/67

Ass. Do Médico - CRM Nº.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 26 do RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº. 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificar
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Resíduos de Souza Pontes
Ao ortopedista

Dr. Contuso em Pé na Sombra.
Ponto de Entrada em Pé na Continuidade
Contato em Pé na Sombra.

Dr. Ricardo S. P. da Silva
CREMEP 18074

28/06/18

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)

OPERADOR: MAIC em 28/06/2018 às 16:09:50
COMPETÊNCIA: 2018/7

USS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
PROF. SOL.: 463492 - PADRAO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700609956122768
ID: 483309 Pront.:
Usuário: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
Dta. nasc.: 11/09/1978 Idade: 39 SEXO: M
Nome mãe: MARIA CECY SOUZA RODRIGUES
Nome Pai: SEVERINO BERNARDINO
End: JOAQUIM DA ROCHA, 1098 CEP: 63051040
Bairro: JOÃO CABRAL
Sem telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada: Quarta-feira, 04 de Julho de 2018
Hora: 07:00:00
AUT: 2018062800883 CONTROLE: 1949218
USP: POLICLINICA TASSO RIBEIRO JEREISSATI
End: SAO PEDRO, S/N
Bairro: SANTA TEREZA
contato: Telefone(s): 885123262 / 8835122491 Fax:
Prof. R: 189288 - CASSIO MURILO DA SILVA
Esp.: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

DATA MARCADA QTDE

04/07/2018 1 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTOS

OBS.: Não informado

OBS(Sistema): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDENCIA.

 código_barras



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Reginaldo d. Souza Robre

R.

① Nisuldo (100) ——— 0/4
0/9 0/12(12)

04/07/18

Carla Munho de Silva
Cirurgiã e Hematologista
CRM-CE 5512

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Rogério da Silva Rodrigues
portador da carteira profissional nº.

Série _____ Necessita de 30 (trinta) dias

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença mg. Hb. em consolidação

C. I. D. S82

180718

Hospital ou Ambulatório.

Rogério da Silva
Ass. Do Médico CRM nº.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 66 da RCLPS.
Aprovado pelo Decreto nº. 60.501, de 14/05/67 e será aceito para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

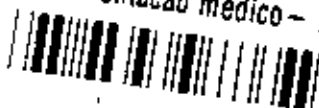
ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado Rogério da Silva Rodry
portador da Carteira profissional nº _____
Série _____ Necessita de 15 (Quinze) dias
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
De doença
C. I. D. S85

HRT-18
Hospital ou Ambulatório.

ASS. DO MÉDICO DA SEVA
Orçamento e Farmacologia
Ass. Do Médico - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/07/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório Médico
O paciente Regivaldo de Souza Rodrigues sofreu acidente de trânsito no dia 27/06/2019 que resultou em fratura do fêmur do membro esquerdo. Recebeu tratamento (imobilização gessosa (60 dias). Apresenta sequelas motoras (limitação de 50% dos movimentos do fêmur esquerdo). Recebeu alta definitiva no dia 10/01/2019

10/01/2019

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Regivola A. Souza Rodrig

portador de carteira profissional nº

Série _____ Necessita de 30 (trinta)

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença: mg. tbx em consolidação

C. I. D. S82

180918
Hospital ou Ambulatório

Assis Maria de Silva

Ortopedista

Ass. Do Médico - CRM nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 60 da RCPM.
Aprovado pela Decisão nº 60.001, de 14/05/07 e será expedido para justificação
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado
Reginaldo de Sora Rodry
portador da carteira profissional nº _____
Série _____ Necessita de 15 (Quinze)
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
De doença
C.I.D. S85

HA-AT DUO-13
Hospital ou Ambulatório.

Dr. Mario da Silva
Osteopata e Fisioterapeuta
Ass. Do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGP'S.
Aprovado o Decreto nº 62.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

[REDACTED]

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 630.225.243-15

Nome REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Nascimento 11/09/1978

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Unico de Saude

REGINALDO DE SOUZA RODRIGUES

Data Nascimento: 11/09/1978 Sexo: M

700 6099 5612 2768



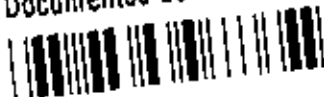
ENCARG. SAUDE 116

Assinatura: [Assinatura] Data: 11/09/1978
Assinatura: [Assinatura] Data: 11/09/1978

SUS

UNICAO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PROIBIDO PLASTIFICAR		DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/10/2017	
REGISTRO GERAL: 97079098141		DATA DE NASCIMENTO: 11/09/1978	
NOME: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES		CERT. NASCIMENTO: CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1979 FOLHA: 228	
RESIDÊNCIA: SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES		LIVRO: A-03 BARRO - CE	
NATURALIDADE: BARRO - CE		CPF: 630.225.203-15	
DOB. ORDEM:		ASSINATURA DO TITULAR:	
FOTOGRAFIA:		ASSINATURA DO DIRETOR:	
Polegar Direito:		LEI Nº 7.115 DE 20/08/83	

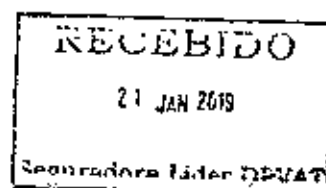


TERMINO DE VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REENTRO GENIAL 97025098141	DATA DE EXPACAO 11/10/2017
NOME REGINALDO DE SOUZA RODRIGUES	
RELACAO SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES	
NASCIMENTO MARIA CECI SOUZA RODRIGUES	
DATA DE NASCIMENTO 11/09/1978	
NOS. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 1 OFICIO TERMO: 1979 FOLHA: 228	
LITRO: A-03 BARRO - CE	
CNP 630.225.243-15	
P. 1 98	

PROIBIDO PLASTIFICAR	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, BIOMÉTRIA E POLÍCIA FEDERAL	
Polegar Direto 	<i>Reginaldo de Souza Rodrigues</i>

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**
Nº Sinistro: **3180499261**
Vítima: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**
Data do Acidente: **27/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180499261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

RÉGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
RUA JOAQUIM DA ROCHA, 1098
JOÃO CABRAL
CEP 63051-040 - JUAZEIRO DO NORTE - CE

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Jo



Pedido de Análise

Em Análise de Sanção Rodolfo
PISO que a Sanção
IDF continua na mesa
pro ESSO.

Abrigado

Análise de Sanção Rodolfo
3180199261
63022524513

Análise de Sanção e

10/01/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012674497850

VIA: 000 RENAVAM: 880126094 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2016

CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE/CE

25785260875

HXI5322

PLACA ANT./UF

CHASSI

CE

9C2KC08106R881342

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NET/ALIC

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/CE 150 TITAN ES

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/149CC

ALUGUEL

LARANJA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1*****

2*****

3*****

FAIXA I PVA

PARCELAMENTO / COTAS

3**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

286.75

0.00

286.75

22/02/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

JUAZEIRO DO NORTE

3/10/2016

DETRAN - CE



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 012674497850

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguro.detransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2016

13/10/2016

VIA

DPF / CNPJ

PLACA

01

25785260875

HXI5322

RENAVAM

MARCA / MODELO

880126094

HONDA/CE 150 TITAN ES

ANO FAB

DATA

CHASSI

2006

09

9C2KC08106R881342

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

129.04

14.34

143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGADO (R\$)

4.15

1.11

292.01

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

22/02/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

LOTE/DOC: 13082200

MOTOR: KC08E106R881342

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de TML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES : 630.225.243-15

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 cancela 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: 23/10/2018
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

YVE PARREIRA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO DE AGUARDAS E TRÂNSITO

DEPARTAMENTO DE HABITAÇÃO

CICERO ROBERIO SOARES DA SILVA

DOCUMENTO (ONG FVSSOR W) 20151648020 ESP CE

CNP 257.852.608-75 DATA NASCIMENTO 24/08/1975

FILIAÇÃO OSVALDO JULIAO DA SILVA MÂNIA IZOLDA DA SILVA

PROFISSÃO ACÓ CIL/RS AB

IDADE 27/11/2020 1ª Emissão 19/11/1996

02195449380

SEM OBSERVAÇÃO

CICERO ROBERIO SOARES DA SILVA

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 01/12/2015

11857792660 150934432

ASSINATURA DO FVSSOR

ASSINATURA DO FVSSOR

Destinatário:

Seguradora Liden das Comunicações do Seguro TRUAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar,
Centro, CEP: 20031-205
Rio de Janeiro - RJ - Brasil



Remetente:

Regivaldo de Souza Rodrigues

Rua: Joaquim da Rocha, 1098, São Cabral

Cep: 63051-040

Juazeiro do Norte - Ceará - Brasil.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Número do Sinistro: 3180499261

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

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 cancela 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: 23/01/2019
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Paulo Victor Soares Sant'Ana



SEDEX

Centro Rio de Janeiro - RJ
20031 205

Rechtswertung
Sigmundson
Kantzen
Kantzen 74 15: Anden
Kantzen 74 15: Anden



Remetente:

Reginaldo de Souza Rodrigues

Rua Joaquim da Rocha 1098

João Cabral 63051040

Quartão do Norte - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499261 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. JOFRANIO B. F. DE CALDAS, CRM 6795, EM 10/01/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES : 630.225.243-15

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: 23/10/2018
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

YVE PARREIRA DA SILVA

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: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000094415-3

Nr. da Autenticação 23DD2148BA06D908