

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2017

Carta nº: 11204691

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170339552 ASL-0236468/17

Vitima: GILMAR CAETANO DA SILVA

Data Acidente: 14/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11220561

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170339552 ASL-0236468/17

Vitima: GILMAR CAETANO DA SILVA

Data Acidente: 14/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11385765

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro: 3170339552 ASL-0236468/17
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11434823

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro: 3170339552 ASL-0236468/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA

Data Acidente: 14/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

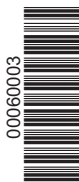
Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, **caso existam sequelas definitivas e permanentes**, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILMAR COETANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 200303403633

EXPEDIDO POR SSD-CE

EM 02/12/15 E

CPF 012352363-07 / CNPJ -, PROFISSÃO RECUSANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSANTE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILMAR COETANO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000057455
ABERTURA 001

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Y. DO NORTE, 02 de JUNHO

de 2017

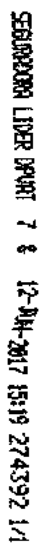
LOCAL E DATA

Gilmar Coetano da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILMAR COETANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 200303403633

EXPEDIDO POR SSD-CE

EM 02/12/15 E

CPF 012352363-07 / CNPJ -, PROFISSÃO RECUSADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILMAR COETANO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000057455
ABERTURA 001

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

V. DO NORTE, 02 de JUNHO de 2017

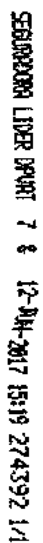
LOCAL E DATA

Gilmar Coetano da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS.

PÚBLICA

BOLETIM DE Ocorrência N° 488 - 5938 / 2017

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 15:57:23**Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MANUEL BARRETO DA SILVA**

Complemento:

Bairro: **PEDRINHAS**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **GILMAR CAETANO DA SILVA**Nascimento: **16/11/1985** CPF: **012.352.363-07**RG: **2003034030633** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **LUIZA CAMPOS DA SILVA****MARIO CAETANO DA SILVA**Endereço: **RUA MANOEL BARRETO DA SILVA, 1577**Bairro: **PEDRINHAS**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98843-3204****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NQ08377** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:**9C2JC30708R753165** Renavam: **155979108** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**Proprietário: **GILMAR CAETANO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, ANEXA CÓPIA DO CRLV; QUE, é habilitado (a): CAT: AE; VAL.: 24/09/2020, ANEXA CÓPIA; QUE, vinha no endereço supracitado quando ao tentar frear em um cruzamento, houve falha mecânica e faltou freio, então acabou freando com o dianteiro, neste momento caiu e de forma que a moto ficou sobre seu tornozelo direito; QUE, fora socorrido (a) por populares para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC; QUE, segundo prontuário de atendimento nº 146859, a hipótese diagnóstica foi de FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO, ANEXA FICHA DE ATENDIMENTO; 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); Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse.////

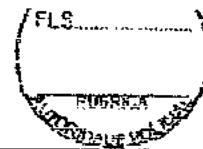
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA JULIE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5938 (2017)

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x. Gilmar Gesteiro dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A):

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



SECRETARIA LINES PRINT 7 & 12-JUN-2017 15:18 274588 1/1

CARTÓRIO PARIZ
A presente fotocópia confere com a original exibida
nestas Notas. DOU RJ, Juazeiro do Norte-Ceará,
01/06/2017.
CARTÓRIO PARIZ
Antonio Maurilio Gomes de Sousa Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO
Maxwell Pariz Xavier
[EM:1,28][FE:0,05][SE:0,84][PE:0,06][PS:0,06][ISS:03][TT:2,32]





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS.

FUBRICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5938 / 2017

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 15:57:23**Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MANUEL BARRETO DA SILVA**

Complemento:

Bairro: **PEDRINHAS**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **GILMAR CAETANO DA SILVA**Nascimento: **16/11/1985** CPF: **012.352.363-07**RG: **2003034030633** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **LUIZA CAMPOS DA SILVA****MARIO CAETANO DA SILVA**Endereço: **RUA MANOEL BARRETO DA SILVA, 1577**Bairro: **PEDRINHAS**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98843-3204****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NQ08377** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:**9C2JC30708R753165** Renavam: **155979108** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**Proprietário: **GILMAR CAETANO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, ANEXA CÓPIA DO CRLV; QUE, é habilitado (a): CAT: AE; VAL.: 24/09/2020, ANEXA CÓPIA; QUE, vinha no endereço supracitado quando ao tentar frear em um cruzamento, houve falha mecânica e faltou freio, então acabou freando com o dianteiro, neste momento caiu e de forma que a moto ficou sobre seu tornozelo direito; QUE, fora socorrido (a) por populares para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC; QUE, segundo prontuário de atendimento nº 146859, a hipótese diagnóstica foi de FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO, ANEXA FICHA DE ATENDIMENTO; 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); Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse.///////

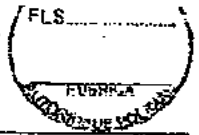
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5938 (2017)

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Juliano Marcula de Almeida Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

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



594830008 L1008 PART 7 & 12-04-2017 15:18 274398 1-1

CARTÓRIO PARIZ
A presente fotocópia confere com a original exibida
Notas. DOU 28. Juazeiro do Norte-Ceará.
CARTÓRIO PARIZ
Antonio Maurilio Gomes de Sousa Junior
ESCREVENTE AUTORIZADO
[EM:1,26][FE:0,05][SE:0,04][P:2,06][S:0,06][ISS:03][TT:2,32]
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
ESCREVENTE AUTORIZADO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GILMAR CAETANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 0003034030633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.352.363-07 residente e domiciliado na RUA: MANOEL BARRETO DA SILVA N: 1577 Cidade JOAZEIRO DO NORTE, Estado CEARA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAZEIRO DO NORTE-CE 02-06-2017

Local e data

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNA D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

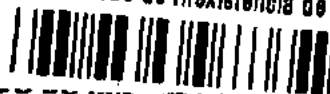
Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET PS S/N

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO

Eu, GILMAR CAETANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 8003034030633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.352.363-07, residente e domiciliado na RUA MANOEL BARRETO DA SILVA N.º 1577, Cidade GUAZERO DO NORTE, Estado CEARA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GUAZERO DO NORTE-CE 02-06-2017

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PEDRINHAS
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41
Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAMIR SAMAN FILHO CRM: 16346 Nº: 374461 Horário 14/05/2017 09:41
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.
EF
BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR
PERFUSÃO DISTAL OK
ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

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: 03/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000005745-5

Nr. da Autenticação 452E6DE73955DDB5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GILMAR COETANO DA SILVA,RG nº 2003034030633, data de expedição 01/12/15, Órgão SSB-CE,

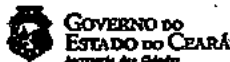
CPF nº 012.352.363-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: MANOEL BARRETO DA SILVA</u>
Número	<u>Nº 1577</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SEDORINHAS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63018-070</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 999094667 ou 88/988723618</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE 02-06-2017

Assinatura do Declarante:



Nº de Inscrição:
122418938

DADOS DO CLIENTE

Nome: GILMAR CRETANO DA SILVA
End. Entrega: RU MANOEL BARRÊTO DA SILVA, 1577, PEDRINHOS
Cidade: JUAZEIRO CEP: 83010-070
Cidade: JUAZEIRO
Local: 021 Setor: 017 Quadra: 016 Lote: 0107 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R10F512716	1217	1234	17	17

DATAS

Letura Atual: 27/04/2017 Emissão: 27/04/2017 Letra Água:
Letura Anterior: 28/03/2017 Próxima Letura: 01/05/2017 Letra Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Requisitos	100	100	100	100	100
Análises	150	150	150	150	150
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	43,62	Mês/Ano		
JUROS DE 0,0037 AO DIA	0,01	FEV/16	15	0
MULTA DE 2%	0,60	MAR/16	17	0
		ABR/16	14	0
		MAY/16	17	0
		JUN/16	18	0
		JUL/16	20	0
		AUG/16	21	0
		SET/16	21	0
		OUT/16	15	0
		NOV/16	14	0
		DEZ/16	18	0
		JAN/17	16	0
		FEB/17		
		MAR/17		

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
Descrição		Descrição	
PIS	0,12	VALOR DO SERVIÇO	65,24
COFINS	2,11	VALOR DO SUBSIDIO	20,81
		VALOR TOTAL A PAGAR	44,33
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
04/2017	03/05/2017	44,33	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titânio, Outros Pagafat. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Além do serviço, consulte sua agenda.

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



Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0193, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

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



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 122418938 Código de Responsável: 0121 Mês/Ano: 04/2017
Local: 021 Setor: 017 Quadra: 016 Lote: 0107 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00
Cidade: JUAZEIRO Vencimento: 09/05/2017 Total (R\$): 44,33

8268000000 0 4430009000 0 12241893801 9 00068322015 6



SEMPRE PAGUE LIGANDO 0800 275 0193



PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA
DATA NASC: 16/11/1985
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017
CONVÊNIO: AFAGU
PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO
SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO

LAUDO

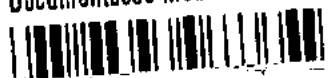
ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tíbia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 10451

5501000001 LIBEX PRVNT 7 8 12-JUN-2017 15:18 274386 1/1



PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA
DATA NASC: 16/11/1985
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017
CONVÊNIO: AFAGU
PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO
SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO

LAUDO

ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fíbula e tíbia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 10451

SEPARADO LÍDER IMPR 3 & 16-11-2017 16:37 247108 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Balro: PEDRINHAS
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41
Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: GAMIR SAMAAH FILHO CRM: 16346 Nº: 374461 Horário: 14/05/2017 09:42
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Elxo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.
EF
BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR
PERFUSAO DISTAL OK
ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNA D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET-PS S/N.

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

Dr. Jofrânio Bandeira

Documentação médica - hospital

Clínica Médica - Cirurgia

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



Relatório médico
O paciente Gilmar Col-
faro Jr Silva sofreu aci-
dente de moto no dia 14
de maio de 2017 que resul-
tou em fratura do per-
(tíbio e fíbula) de pé direito.
Recebeu tratamento (imobiliza-
ção) com gesso - 30 dias.
Apresenta sequelas moti-
co (limitação de 40% do mo-
vimento do pé direito).
Recebeu alta definitiva o
no dia 18/05/2017.

21/05/2017.

Dr. Jofrânio B. F. de Aldeas
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



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PEDRINHAS
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41
Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sal002:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAMIR SAMAN FILHO CRM: 16346 Nº: 374461. Horário 14/05/2017 09:41
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.
EF
BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR
PERFUSÃO DISTAL OK
ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNA D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
-------------------	-----------------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAAH FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET PS S/N

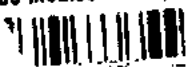
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



SETHRODA LIDER OFM: 7 & 12-JUL-2017 15:18 274385 1:

ção médico - hospitalar



PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA

DATA NASC: 16/11/1985

DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017

CONVÊNIO: AFAQU

PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO

LAUDO

ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tibia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 10451

SEMPRE LIGUE O NÚMERO 3, 6 16-05-2017 16:37 247108 14

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Balro: PEDRINHAS
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41
Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02:

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: SAMIR SAMAAH FILHO CRM: 16346 Nº: 374461 Horário: 14/05/2017-09:42
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Elxo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.
EF
BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR
PERFUSAO DISTAL OK
ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNA D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET-PS S/N

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito





PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA
DATA NASC: 16/11/1985
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017
CONVÊNIO: AFAGU
PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO
SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO

LAUDO

ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tíbia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 10451

SECRETARIA LUBR DPM 7 e 12-JUN-2017 15:18 274386 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME GILMAR CASTANO DA SILVA	
DOC. IDENTIFIC. / C.R.E. DIRETOR W 2003034030633 SSP CE	
	CPF 012.352.363-07
	DATA NASCIMENTO 16/11/1969
	FUNÇÃO MARIO CASTANO DA SILVA LUIZA CAMPOS DA SILVA
	PROFISSÃO [blank] AC [blank] CATEGORIA AR
Nº REGISTRO 03598505263	VALIDADEZ 24/09/2020
VALIDADEZ 25/09/2004	
EXERCÍCIO ATIV. REMEMBRADA:	
[blank]	
Assinatura do titular da carteira	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	
DATA EMISSÃO 01/12/2013	
57442119955 CE149889410	
DETRAN-CE (CE-TRA)	

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME: GIORGIO CARTANO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. / REG. NACIONAL Nº 3003034030633 857
	CIDADE / DATA DE EMISSÃO 012.352.363-07 16/11/1985
	ENDEREÇO MARIO CARTANO DA SILVA LUIZA CAMPOS DA SILVA
	SEXO / ESTADO CIVIL AI
NÚMERO 01394305263	DATA DE EMISSÃO 24/09/2020
DATA DE EXPIRAÇÃO 25/09/2024	
OBSERVAÇÃO: EXERCÍCIO ATIV. REMUNERADA:	
Assinatura: <i>Giorgio Cartano da Silva</i>	
LOCAL DE EMISSÃO JOAZEIRO DO NORTE, CE	DATA DE EMISSÃO 01/12/2013
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 57442119935	CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO CE145889410
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO 7 4 12-AN-2012-1518276598 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012993206569
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 VIA 01 CDTU DE NAVAM 000000000000 EXERCÍCIO 2016

GILMAN CAELANO DA SILVA
JUAZEIRO JO MOIS /CE

012993206569 /CE

012993206569 /CE

PAS/NOTOCICLO/NAO APLICAR

HONDA/CB 125 FAN

2P/OCV/125F

VEIC. COTA ÚNICA

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

JUAZEIRO DO NORTE

13/09/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU PARA - SEGURO DPVAT

CE Nº 012993206569 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 3/09/2016

012993206569 PLACA N008377

00155979108 HONDA/CB 125 FAN

2008 09 9C2JC3070BR753165

PRÊMIO TARIFÁRIO

129,04 14,34 292,01

4,15 11,11 12/09/2016

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: JC30E78753165

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ELIANE CETERO DE SILVA DATA DO ACIDENTE 14-05-2017 CPF DA VITIMA 012.352.363-07
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELIANE CETERO DE SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (A) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel BAREIRO DE SILVA
 Nº 4332 COMPLEMENTO CASA BAIRRO DEMPINES
 CIDADE Juazeiro do Norte UF CE CEP 63018070
 E-MAIL _____ TELEFONE (88) 999091667

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTO 7 17%

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22-06-2017IDENTIDADE 2023034039633

ASSINATURA

Eliane Cetero de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/06/2017NOME Guabelli J. Sampaio

ASSINATURA

Guabelli J. Sampaio

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017
Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 21/06/2017
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

GILMAR CAETANO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/06/2017
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU
CPF: 110.123.037-13

LIA NAZARETH NEVES PALAU



DH



DESTINATÁRIO

SEGUNDA LIDER - PPVT

Rua: Senador Dávila n: 74, 15º andar

CENTRO

RIO DE JANEIRO

Brasil

CEP: 2003 1205

Remetente

Glomar Caetano de Silva
Rua: Marechal Baneiro da Silva n. 1577

Bairro: DEDIMHAS

Quartel do Monte

Ceara
Brasil

CEP: 63018-070

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA

CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

Portador da documentação entregue

Data: 20/07/2017

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA

CPF : 012.352.363-07

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 20/07/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

GILMAR CAETANO DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

SINISTRO 3170339552 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA GILMAR CAETANO DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT -

OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO GILMAR CAETANO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01235236307**Posição em 30-06-2017 11:30:56**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

SEGURADORA LIDER DPVAT 3 & 10-06-2017 16:57 247107 1/1



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta n°: 11434823

A/C GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro: 3170339552 ASL-0236468/17
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico-Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos:

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ELIABELE COSTA BARRETO DE SILVA Nº 14-05-2017 CPF DA VITIMA 010.352.363-07
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELIABELE COSTA DE SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (M) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel Barreto Da Silva
 Nº 432 COMPLEMENTO CASA BAIRRO SEMPREVIVAS
 CIDADE Quatzenia do Rio de Janeiro UF CE CEP 60018070
 E-MAIL _____ TELEFONE (85) 999091662

MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (*) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- (*) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- (*) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- (*) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- (*) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (*) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- (*) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (*) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

0234468112

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ADQUIRIDAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - PREVIDENDO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREVIDENDO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVAT.SEGURADODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVERÃO ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02-06-2017IDENTIDADE 00030340306337ASSINATURA Elisabete Costa de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/06/2017NOME Joabella SampaioASSINATURA Joabella Sampaio

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017
Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 21/06/2017
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

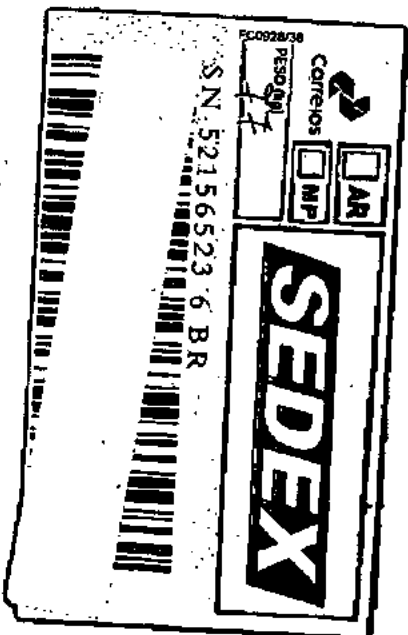
GILMAR CAETANO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/06/2017
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU
CPF: 110.123.037-13

LIA NAZARETH NEVES PALAU

DESTINATARIO
SEGURADORA LIDEN - DO NOT
RUA: SENADOR DAVILES N. 74159 AUBER
CENTRO
RIO DE JANEIRO
BRASIL
CEP: 20003 1205



REMOVEDENTE

GILMAR CAETANO DE SILVA
RUA: MARCEL BARRETO DA SILVA N: 1372
BARRIO: DEDIMHAS
QUATRO DO NORTE
CEARA
BRASIL

CEP: 63018 - 070

SINISTRO 3170339552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILMAR CAETANO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT -

OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO GILMAR CAETANO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01235236307**Posição em 23-08-2017 13:48:30**

Pedido de indenização cancelado.

3170339552
Pamc.SEGURADORA LIDER DPVAT LT
01-SET-2017 12:15 325031 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357944/17
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017
Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/09/2017
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2017
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU
CPF: 110.123.037-13

GILMAR CAETANO DA SILVA

LIA NAZARETH NEVES PALAU

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504815 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO: 50% DE 70% = 35%

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504815 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Renan de Almeida Silva

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **GILMAR CAETANO DA SILVA** Sinistro: **3170339552** Data: **14/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manoel Barreto da Silva, 1577, CASA - Pedrinhas - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63018-070**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2003034030633**

Data local do exame: [**04/08/2017**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO. VÍTIMA RELATA DOR NO TORNOZELO DIREITO AO DEAMBULAR GRANDES DISTÂNCIAS. VÍTIMA NECESSITA FINALIZAR O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO PARA NOVA AVALIAÇÃO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. AINDA NÃO FINALIZOU O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NÃO ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

[**X**] "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

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

[] "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

[] Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

TRAUMA RECENTE, NO MOMENTO NÃO É POSSÍVEL ESTABELECEER SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE. LESÃO PASSÍVEL DE TRATAMENTO.



Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE

**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

Nome do(a) Examinado(a): **GILMAR CAETANO DA SILVA** Sinistro: **3170504815** Data: **14/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manoel Barreto da Silva, 1577 - Pedrinhas - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63018-070**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2003034030633**

Data local do exame: [**29/09/2017**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO. VÍTIMA RELATA DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE