

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190261518 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico:

ESCORIAÇÕES EM FACE
FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117262/19

Número do Sinistro: 3190261518

Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

CPF: 246.815.983-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO OLIVEIRA
SALES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS : 799.359.663-72

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

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: 30/04/2019
Nome: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS
CPF: 799.359.663-72

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190261518

Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190261518

Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 000001004910-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 246.815.983-72 Nome completo da vítima: Francisco Oliveira Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Oliveira Sales CPF: 246.815.983-72

Profissão: _____ Endereço: Rua Ernesto Pereira de Sousa Número: 663 Complemento: Casa

Bairro: Tubiquari Cidade: Bom Prazer Estado: CE CEP: 63.870-000

E-mail: mlopezguarabompraizer@gmail.com Tel. (DDD): (88) 3427-2621

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0687 4 CONTA: 1004910 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A
05 ABR 2019
CPF: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bom Prazer - CE, 29/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Oliveira Sales

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



Impresso nº 2019139950

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 346 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Oliveira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264

TEST.01.: *x Clemon Faundo Sales*

TEL.: *188199616-0803*

TEST.02.: *+ José de Souza Lima*

TEL.: *18888360197*

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



Impresso nº 2019139950

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 09:23:20**
Data / Hora da Ocorrência: **02/01/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DA LOCALICADA DE JORDÃO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO OLIVEIRA SALES**
Nascimento: **22/10/1960** CPF: **246.815.983-72**
RG: **1492480** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ERCILIA SERAFIM BARBOSA**
FRANCISCO SALES BARBOSA
Endereço: **RUA MARIA DE ASSIS UCHOA, 139**
Bairro: **TIBIQUARI**
Município: **BOA VIAGEM/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A
UF: **CE**

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP:

Telefone: **(88) 8832-7080****Histórico**

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço: Estrada na Localidade de Jordão, Boa Viagem - Ce; QUE estava envolvido no acidente FRANCISCO OLIVEIRA SALES, o qual pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR125 BROS ES, PLACA HWP5003 LICENCIADA EM NOME DE: CLESSON FACUNDO SALES; QUE OLIVEIRA quebrou o pulso da mão direita neste acidente; QUE OLIVEIRA quando estava nesta motocicleta subindo uma ladeira, que de repente a moto parou (estancou) e desequilibrou da mesma, e que tentou apoiar sua mão ao solo quando veio a quebrar seu pulso da mão direita, que seu filho vinha da garupa desta motocicleta e foi pedir socorro aos vizinhos, que conseguiram um carro e o trouxeram até a Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE apresentando fraturou no pulso da mão direita neste acidente; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes: CLESSON FACUNDO SALES, RG.: 2004097048147-SSPDS-CE e JOSE DE SOUSA LIMA, RG.: 2007021923-5-SSP-CE; QUE apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de OLIVEIRA, cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço do OLIVEIRA (VÍTIMA), cópia do CRLV do veículo de placa HWP5003; cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço de CLESSON FACUNDO SALES (TESTEMUNHA 01); cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço de JOSE DE SOUSA LIMA (TESTEMUNHA 02); E NADA MAIS DISSE//

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

246.815.983-72

Nome completo da vítima:

Francisco Oliveira Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Francisco Oliveira Sales

CPF:

246.815.983-72

Profissão:

Endereço:

Rua Ernesto Pereira de Sousa

Número:

663

Complemento:

Casa

Bairro:

Tubiquari

Cidade:

Bom Jardim

Estado:

Ceará

CEP:

63.870-000

E-mail:

mlopezguasbravagem@hotmail.com

Tel.(DDD):

(88) 3427-2621

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0687

4

CONTA:

1004910

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Bom Jardim - CE, 29/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Oliveira Sales

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00687-4

CONTA: 000001004910-5

Nr. Autenticação

BRABESCO1605201905000000000023700687000001004910168750 PAGO

Comprovação no Ofício de elevatório

CASA DE SAÚDE
Adília Maria



Investprev Seguradora S/A
05 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 02/01/19

HORARIO: 9:00 H

UNIDADE DE ATENDIMENTO C 24H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº:

NOME: Francisco Oliveira Sales

CARTÃO DO SUS:

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 22/10/60 IDADE: 57

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO:

NOME DA MÃE: Eneida Siqueira Rabelo

NATURALIDADE: BA

ENDEREÇO:

Nº: BAIRRO: Chiquinho

CIDADE: BU

ESTADO: Ceará

TELEFONE: ()

ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

PA: X mmHg

SPO2: %

FC: bpm

FR: ipm

T: °C

PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumático grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimentos da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós-crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (tipo ou hiperglicemia); - Hemorragias não controláveis; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, diplopia, ataxia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Artéria (sem sinais de instabilidade);	- Politraumático sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 80 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náusea e tontura; - Torção; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Últa encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestado médico;

Protocolo Nº 039

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000
Fone: (85) 3437-1136

Central - CEP: 63870-000

Fone: (85) 3437-1136

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

Boa Viagem - Ce

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000

Fone: (RR) 3437-1136/1600 CNPJ: 07.829.000/0001-28 CNIS: 3470000

Continuação do Oito de Declaratório

NOME: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

DATA: _____

HORA: _____

H

EVOLUÇÃO MÉDICA:

fratura

crucifixa

fratura por letargia

crucifixa

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Francisco Reales Mavali
Médico
CRM: 9272-CE
CPF: 054.357.897

Casa de Repouso
Rua São Vicente de Paula
Cidade de São Paulo

Boa Viagem Ce

CASA DE REPOUSO
CASA DE REPOUSO
CASA DE REPOUSO

QUINILHAS MÓDULOS

PROFESSOR

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CEP 61.000-000

Nº DO CLIENTE

8940835

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

553837830

Rota 10 36040 04 000365 - 0 Data de Emissão 15/12/2018

Nome CLESSON FACUNDO SALES

End. Postal RU ERNESTO PEREIRA DE SOUSA 00663 00663
TIBIQUARI - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 10346958

Poste 0000 A15L

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 031265803-60

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Dez/2018
Data da Apresentação 15/12/2018
Previsão Próxima Lettura 15/01/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BOA VIAGEM

Out. 2018

EUSD 14,84

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 45,71
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 12,34

Padrão Individual

Apuração Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,19 10,38 30,77 4,1 0,00 0,00

FIC 3,30 6,60 19,80 3,00 0,00 0,00

DMIC 2,94 5,88 17,52 1,90 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

84E4.DG38.E304.BE88.E404.93E3.5008.1E32

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
FP 634 568 1,00 66 0,00 0,00 45,71
15/12/18 14/11/18 31 Dias 66 45,71

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 45,71
MULTA MORATORIA REF 11/2018 0,94
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,48
JUROS DO MES 0,93
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5,27

VENCIMENTO

21/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,33

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 17,36
Transmissão 10,38
Distribuição 10,38
Encargos Setoriais 2,74
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 12,86
TOTAL 45,71

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

66 66 66 66 66 66 66 66 66 66 66 66
15/12/18 14/11/18 13/10/18 12/09/18 11/08/18 10/07/18 09/06/18 08/05/18 07/04/18 06/03/18 05/02/18 04/01/18CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

25,77

0,00

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. FederalConsta desta fatura R\$ 0,92 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 10,44% e COFINS 10,70%
(Lei nº 9.990 de 1999 - PIS e COFINS - Lei nº 10.637 de 2002 e Lei nº 10.638 de 2002)

Dados de consumo e tarifa de 10 dias anteriores

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Contato
(88) 3427-2628



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 546703138

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
OUT/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco**N° DO CLIENTE**
4219159 DV **9****VENCIMENTO**
01/12/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)**
252,78**DADOS DO CLIENTE**
Rota 15 036040 02 03400 Medidor Poste
Nome MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS 1118888 0000 0
Endereço PostalEnd. da Unidade AV SAO VICENTE DE PAULA 00242 CENTRO BOA VIAGEM
Consumidora 63870000

RG / CPF / CNPJ 799.359.663-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMOLeitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 2142 1885 1 257 0 257**DESCRIÇÃO DA CONTA** Quantidade Tarifa Valor (R\$)**DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima
Leitura
23/10/2018 22/11/2018**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

E751.6864.2091.5BE6.590F.18F5.C379.2AE4

ICMSBase de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
214,08 27% 57,80**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****OUTROS PAGAMENTOS**

INDENIZACAO MENSAL DMIC

-0,37

JUROS DO MES

0,96

MULTA MORATORIA

5,62

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

32,49

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 19,74)

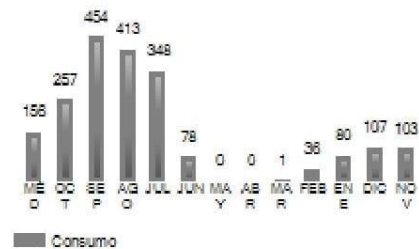
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 98,86

Conjunto BOA VIAGEM

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	3,12	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			3,12		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4219159-9 N° da Nota Fiscal: 546703138 Total a Pagar (R\$): 252,78
Data de Emissão: 05/11/2018 Referência: OUT/2018 N° de Controle: 0004219159 00093 4312 2 97

83840000002-2 52780031000-8 00042191590-0 00934312247-6



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Harper Rodrigues Martins

inscrito (a) no CPF/CNPJ 799.359.663 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Oliveira Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 246.816.983-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Francisco Oliveira Sales

inscrito (a) no CPF sob o Nº 246.816.983 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. São Elicente de Paula</u>	Número: <u>242</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>mlpseguraboaaviagem@hotmail.com</u>	CEP: <u>63.870-000</u>	Tel.(DDD): <u>(33)3427.2621</u>

Local e Data: Boa Viagem - CE, 29 de março de 2019

Maria Harper Rodrigues Martins
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central de Atendimento ao Cliente: 0800 022 12 04

Investprev Seguradora S/A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Lopes Rodrigues Martins

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 799.359.663 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Oliveira Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 246.815.983-72,

do sinistro de DPVAT cobertura Unidade da Vítima Francisco Oliveira Sales,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 246.815.983 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. São Elicente de Paula</u>	Número: <u>242</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Uva Uva</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>mlopessegurabocaiagem@hotmail.com</u>	CEP: <u>63.870-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83)3427.2621</u>

Local e Data: Uva Uva - CE, 29 de março de 2019

Maria Lopes Rodrigues Martins
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

* Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Cleuson Facundo Sales
RG nº 2004097048147, data de expedição 21/09/04
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 031.265.803-60
com domicílio na cidade de Boa Viagem, no Estado de Ceará
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Maria de Assis Uchoa, nº 139
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Oliveira Sales, cujo o condutor era
Francisco Oliveira Sales
Veículo: moto Modelo: Honda/NXR 125 PROSES Ano: 2005/2005
Placa: HUP 5003 Chassi: 9C2JD20205R020272
Data do Acidente: 02/01/19

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Local e Data: Boa Viagem - CE, 26/02/2019.

Cleuson Facundo Sales

Assinatura do Declarante

Francisco Oliveira Sales

Assinatura do Condutor

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



Manuel Vieira da Costa - 2º Tabelião Público
Lucilene Lopes Rodrigues - Escrevente Substituta
Zilma Lopes Rodrigues - Escrevente Compromissada

Zilma Lopes Rodrigues
Escrevente Compromissada



VALIDA SOMENTE COM
AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
FRANCISCO OLIVEIRA SALES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1492480 SSP CE

CPF
246.815.983-72 DATA NASCIMENTO
22/10/1960

PRIMAÇÃO
FRANCISCO SALES
BARBOSA
ERCILIA SERAFIM
BARBOSA

PERMISSÃO ACC CATHAL
AD

Nº BIOMÉTRICO
01817903040 VALIDEZ
24/01/2022 1ª HABILITAÇÃO
03/12/1994

OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador
Francisco Oliveira Sales

LOCAL
TUA, CE DATA EMISSÃO
07/02/2017

Assinatura do Emissor
16326074511
CE157794903

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467751331

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467751331

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Proibido Plastificar

Polegar Direito





Maria Lopes Rodrigues Martins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GROSS & SOHN

REGISTRO GERAL 2007730844-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/10/2017

NOME **MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS**

FILIAÇÃO **JOSÉ MENDES RODRIGUES**
RITA MENDES LOPES

NATURALIDADE **MONSENHOR TABOSA - CE** DATA DE NASCIMENTO **16/12/1976**

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4669 FOLHA:10V
LIVRO:B-10 BOA VIAGEM - CE
CPF **799.359.663-72**

2 VIA

Dirceu O. Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 190

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GROSS & SOHN

Investprev Seguradora S/A

30 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014139660445
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 852176279 0000000000 2018

NOME
CLESSON FACUNDO SALES

BOA VIAGEM /CE

CPF / CNPJ PLACA
03126580360 HWP5003/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2JD20205R020272

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR125 BROS ES 2005 2005

COR PREDOMINANTE
2P/124CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*****	**/**/**	1*
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*
*****	*****	3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 14/05/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
BOA VIAGEM 15/06/2018

Igor Pontes
Superintendente

DETRAN-CE

CE Nº 014139660445 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03126580360 HWP5003/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014139660445 61611488908

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 15/06/2018

VIA COD. RENAVAM PLACA
01 03126580360 HWP5003

RENAVAM MARCA / MODELO
852176279 HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB. ANO MOD. Nº CHASSI
2005 PART 9C2JD20205R020272

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29	9.03	90.33

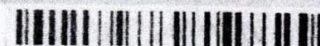
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: JC30E95020272 07757



Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TOMAR O SEU LUGAR

REGISTRO
GERAL

2007730844-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

17/10/2017

NOME

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

FILIAÇÃO

JOSÉ MENDES RODRIGUES

RITA MENDES LOPES

NATURALIDADE

MONSENHOR TABOSA - CE

DATA DE NASCIMENTO

16/12/1976

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4669 FOLHA:10V

LIVRO:B-10 BOA VIAGEM - CE

CPF

799.359.663-72

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 190

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TOMAR O SEU LUGAR

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

SR. ANALISTA,

SOLICITAMOS, POR GENTILEZA QUE SEJA EXCLUÍDA A PROCURADORA
PESSOA JURÍDICA, DEVIDO TER SIDO CADASTRADA POR ERRO
OPERACIONAL.

Investprev Seguradora S/A

30 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190261518 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: FOLHA CIRÚRGICA NA PÁG:06.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Oliveira Sales, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Enredo Pereira de Sousa, nº 663, bairro Tubiguaru, Município de Boa Viagem, Estado de (o) Ceará, CEP 63.870-000, portador(a) do CNH nº 1467751331, de Boa Viagem e CPF nº 246.815.983-72.

Outorgado: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS, RG. 2007730844-6, SSPDS/CE, expedido em 27/10/2010, CPF. 799.359.663-72, brasileira, casada, empresária, residente e domiciliada nesta cidade, na Av. São Vicente de Paula, nº 242, (Centro), CEP. 63.870-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Oliveira Sales, ocorrido em 02/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boa Viagem - CE, 27, de 02 de 2019.



Francisco Oliveira Sales

Outorgante

CPF Nº 246.815.983-72



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

Investprev Seguradora S/A

05 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

30 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Oliveira Sales, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Ennele Pereira de Souza, nº 663, bairro Tubiguarã, Município de Boa Viagem, Estado de (o) Ceará, CEP 63.870-000, portador(a) do CNH nº 14.677.51331, detran/ce e CPF nº 246.815.983-72.

Outorgado: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS, RG. 2007730844-6, SSPDS/CE, expedido em 27/10/2010, CPF. 799.359.663-72, brasileira, casada, empresária, residente e domiciliada nesta cidade, na Av. São Vicente de Paula, nº 242, (Centro), CEP. 63.870-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Oliveira Sales, ocorrido em 02/01/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boa Viagem - ce, 27, de 02 de 2019.



Francisco Oliveira Sales
Outorgante
CPF Nº 246.815.983-72



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117262/19

Vítima: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

CPF: 246.815.983-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO OLIVEIRA
SALES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS : 15.513.956/0001-64

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

FRANCISCO OLIVEIRA SALES : 246.815.983-72

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: 05/04/2019
Nome: FRANCISCO OLIVEIRA SALES
CPF: 246.815.983-72

FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA