

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000019321-6

Nr. Autenticação

BRABESCO2505201205000000000023700997000000019321236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012214203**Cidade:** Crateús**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO**Data do acidente:** 02/07/2011**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

PARECER

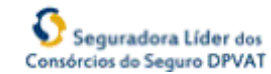
Data da análise:	21/05/2012
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DA MAO ESQUERDA
Resultados terapêuticos:	
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MAO ESQUERDA
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	Não
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL / MAO ESQUERDA: 25% DE 70%= 17,5%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	JULIANA WANIS
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012214203	Cidade: Crateús	Natureza: Invalidez
Vítima: FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO	Data do acidente: 02/07/2011	Emissor do parecer: Juliana dos S Wanis
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 88043-4

PARECER

Data da análise:	21/05/2012
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DA MAO ESQUERDA
Resultados terapêuticos:	
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MAO ESQUERDA
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	Não
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL / MAO ESQUERDA: 25% DE 70%= 17,5%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	JULIANA WANIS
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50



Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

Prontuário: 005594

Atendimento: 0001

Guia Aut

Paciente: FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

Sexo: M

Doc: Ignorado

Data Nascimento: 24/09/1974

Idade: 36 Anos

Pai: ANTONIO BATISTA DE OLIVEIRA

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE OLIVEIRA

Endereço: CAMPO MONTE NEBO, SN

Telefone:

Bairro: ZONA RURAL

Município: CRATEUS

UF: CE

Profissão: AGRICULTOR

Empresa:

Convênio: SUS

Matrícula:

Cônjuge: JOANA VIEIRA BEZERRA DE A.

Responsável: JOANA VIEIRA BEZERRA DE ARAUJO

Endereço: CAMPO MONTE NEBO, SN

Município: CRATEUS

UF: CE

Data Atendimento: 03/07/2011

Hora: 10:30

CID:

Funcionário:

CRM/UF: /

Tipo Atendimento:

Funcionário: GREICE ALMEIDA SANTOS

Indicador de Acidente: Nenhum

CPF do Responsável:

Peso: kg Sinais Vitais: T (°C): 36.5 P (bpm):

R (mpm):

PA (mmHg): 130 x 80

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

*Trata-se de paciente com
 não possui nenhuma alteração
 e contagem para
 H/D: função do sistema
 para controle*

Carimbo e Assinatura do Médico

MATERIAIS E MEDICAMENTOS



FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

Assinatura Paciente/Responsável

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA

Francimar Batista de Souza

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

02.07.11

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

02.07.11

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Jose' Fernandes da Silva Junior 609

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de mão (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

02/04/12 Kaleminto comensador
de fratura mão (E)

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
EM CASO POSITIVO DESCREVER:



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

Fratura mão (E) > grau de incapacidade > mínimo

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 23/04/2012 A 23/4/12 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Prof. Le

LOCAL

23.04.12

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Prof. Le

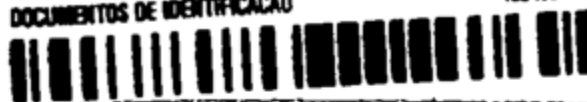
LOCAL

23.04.12

DATA

Francimar BATISTA

ASSINATURA DA VÍTIMA



21/03/74

8737184/3-34

Fig. de Inscrição

FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

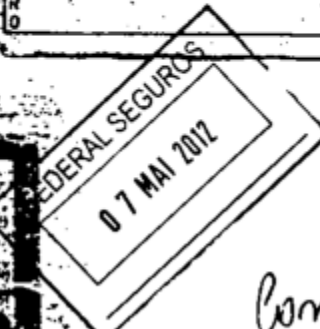
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: *Francimar Batista de Araujo*

FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 31/03/99



Combato

(88) 3691 2260

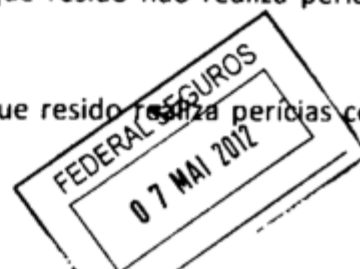
(88) 8805 5645



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCIMAR BATISTA DE ARAÚJO, portador da carteira de identidade nº 27.19.862-93 e inscrito no CPF/MF sob o nº 873.738.473-34, residente e domiciliado na DISTRITO DE MONTE NEBO, ZONA RURAL Cidade CRATEÚS Estado CEARÁ, 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.

Francimar Batista de Araújo

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

CRATEÚS-CE 25 DE ABRIL DE 2012

Local e data

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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, FRANCIMAR BATISTA DE ARAÚJO
PORTADOR / A DO RG Nº 2719862-93 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 31/07/93 E
CPF 873718473-34 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCIMAR BATISTA
DE ARAUJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 0997-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-CORRENTE 39-323-6

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CRATEÚS - CE

DATA 25/04/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Francimar Batista Araújo

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 09/03/2012

HORA: 15:33 H

FAVORECIDO: FRANCIAR BATISTA DE ARAUJO
AGENCIA: 0997-0 CONTA: 0019321-6

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG. ACOLHEDORA: 0997 N. SEQ: 01217 TERM: 100 AUT: 411

VALOR EM DINHEIRO:

10 00

