

BRADESCO

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

BRADESCO25052012050000000002370099700000019321236250 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 **Data do acidente:** 02/07/2011
ARAUJO

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

Paciente: FRANCIMAR BATISTA DE ARAUJO

Doc: Ignorado

Pai: ANTONIO BATISTA DE OLIVEIRA

Endereço: CAMPO MONTE NEBO, SN

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

Convênio: SUS

Cônjugue: JOANA VIEIRA BEZERRA DE A

Endereço: CAMPO MONTE NEBO, SN

Data Atendimento: 03/07/2011 Hora: 10:30 CID:

Funcionário:

Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente: Nenhum

Peso: kg Sinais Vitais: T (°C): 36,5 P (bpm):

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

Atendimento: 0001

Guia Aut:

Sexo: M

Data Nascimento: 24/09/1974 Idade: 36 Anos

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE OLIVEIRA

Telefone:

Município: CRATEUS

UF: CE

Empresa:

Matrícula:

Responsável: JOANA VIEIRA BEZERRA DE ARAUJO

Município: CRATEUS

UF: CE

CRM/UF /

Funcionário: GREICE ALVES JOSÉ SANTOS

CPF do Responsável:

R (mpm) PA (mmHg) 130x80

Única em Cratéus um
meu primo veio da Bahia
e constatei que ele
estava febre, apesar de estar tomando
medicamento

Lúcia Batista de Araujo
Carimbo e Assinatura do Médico

MATERIAIS E MEDICAMENTOS



FRANCIMAR BATISTA ARAUJO
Assinatura Paciente ou 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

Francimara Batista de Araujo

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:

José Fernandes da Silva Júnior 609

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Afratre de mão (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

02.10.11 - Tratamento conservador
de Afratre 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 Afratre mão (E) > grande integração > mínimo
2º
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 23/04/2010 A 23/04/12 E QUE
AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Francimara

23.04.12

Alto Afundue

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Francimara

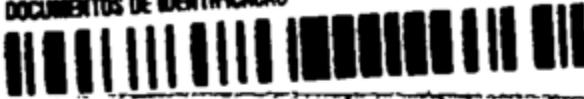
23.04.12

Francimara Batista Araujo

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



21/08/74
8737118673-3
FERNANDO BATISTA DE MORAES
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

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

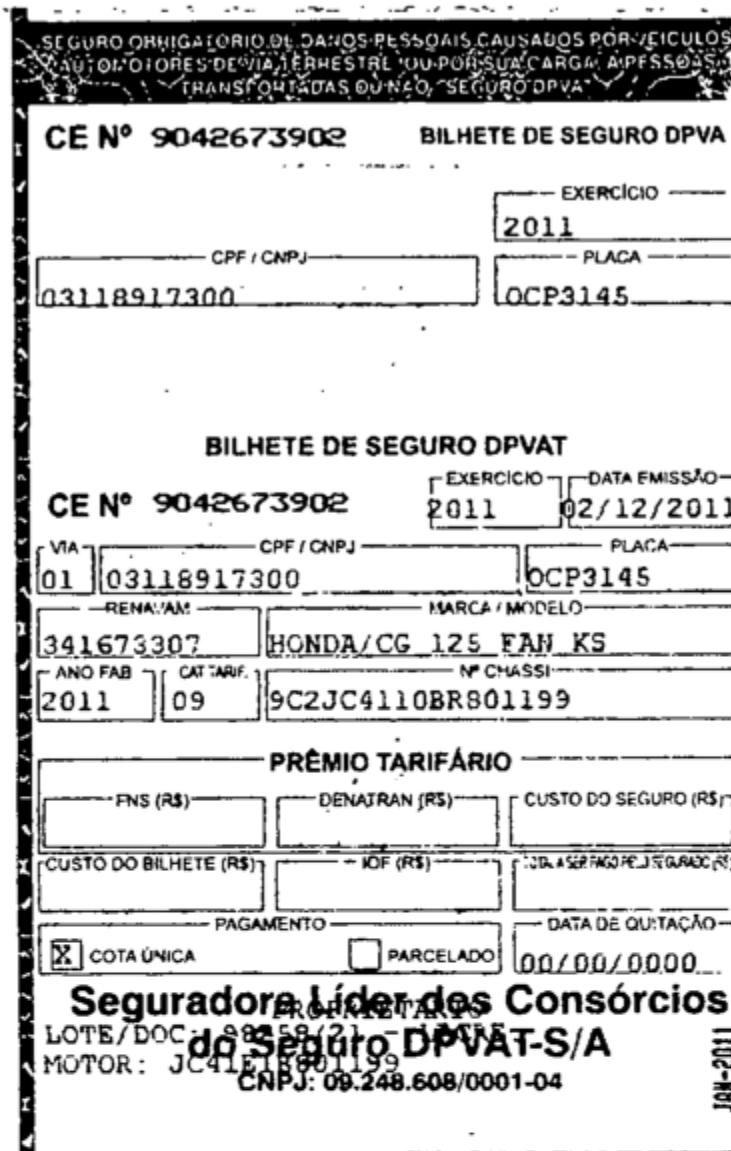
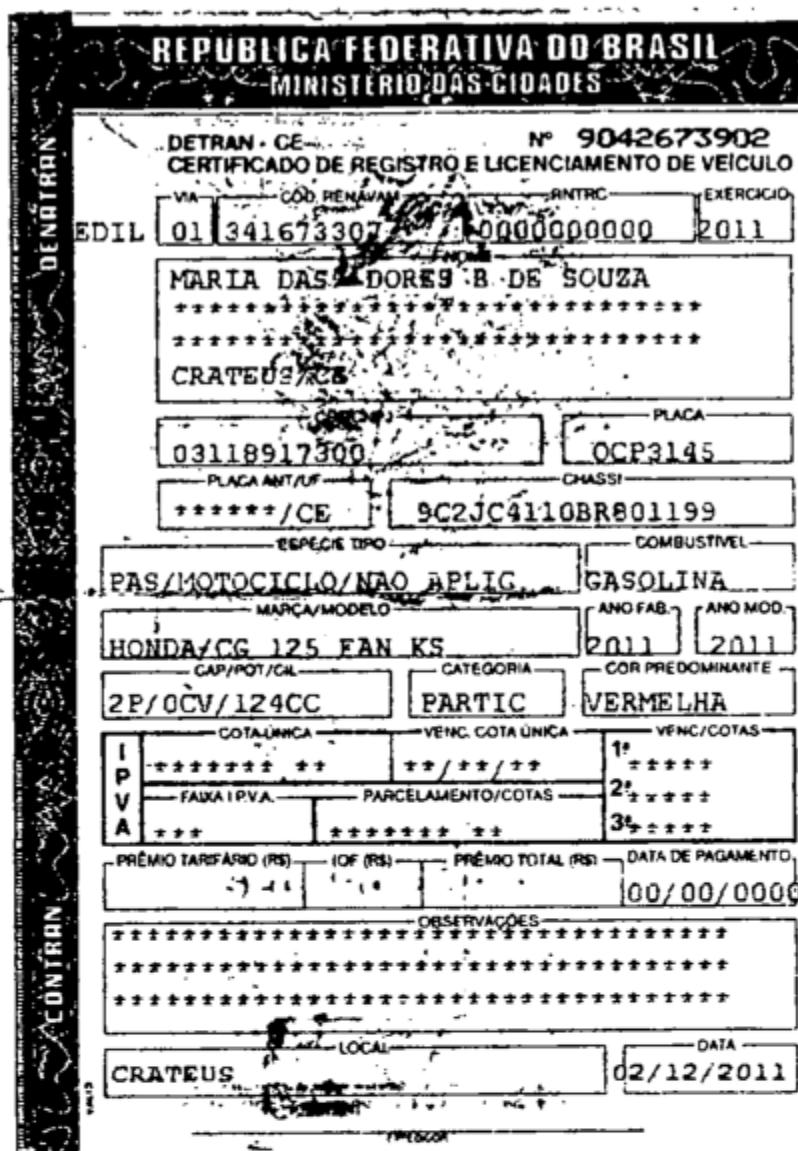
Assinatura: FERNANDO BATISTA DE MORAES
SERPRO
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 31/03/98



Combato

(81) 3691 2260

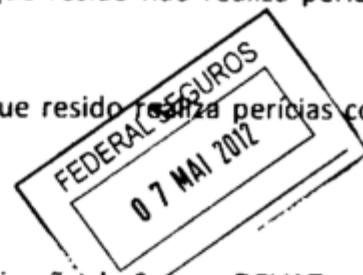
(81) 8805 5645



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCIMAR BATISTA DE ARAÚJO, portador da carteira de identidade nº 2719862-93 e inscrito no CPF/MF sob o nº 873.738.473-34, residente e domiciliado na DISTRITO DE MONTE NEBO, ZONA RURAL, Cidade EPATEÚS, 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~~ 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 Araújo

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

EPATEÚS-CE 25 DE ABRIL DE 2012

Local e data

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO 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, Francimarc Batista de Araújo
PORTADOR / A DO RG N° 2719862-93 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 31/07/93 E
CPF 833318433-34 / CNPJ ██████████ - ██████ - ██, PROFISSÃO Agricultor
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francimarc Batista
de Araújo, 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 19.325-6

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Crato/CE

DATA 25/04/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Francimarc 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 sequelas 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.dpvtseguro.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: FRANCIHAR 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

