

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190263325

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263325

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190263325

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263325

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190263325 **Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS**

Data do Acidente: 25/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000000696-3

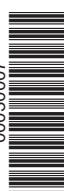
Conta: 0000018348-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263325 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FREITAS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL DO 3º E DO 5º DEDOS, AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL DO 3º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE/COMPLETA DAS ARTICULAÇÕES INTERFALÂNGICAS DO 5º DEDO E DA PROXIMAL DO 3º DEDO

Resultados terapêuticos: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO 5º DEDO. REPARAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL DO 3º DEDO.
FEZ FISIOTERAPIA.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO (100%) EM QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO
DEFICIT ANATÔMICO COMPLETO (100%) EM TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TERCEIRO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190263325

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA AMANCIO MARIANO, 1368 - Russas/CE
- CEP 62900-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20080070358 - SSP -
05/10/2011

Data e Local do Acidente : 25/01/2019 - RUSSAS - CE

Data e Local do Exame : 14/05/2019 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO 3º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DO 5º DEDO. REPARAÇÃO DE COTO DE
AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL DO
3º DEDO. FEZ FISIOTERAPIA.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL DO 3º E DO 5º
DEDOS,AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA
DISTAL DO 3º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE/COMPLETA DAS
ARTICULAÇÕES INTERFALÂNGICAS DO 5º DEDO E DA PROXIMAL DO 3º
DEDO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

SEQUELA GRAVE DO 3º QUIRODÁTILO PELA PERDA ANATÔMICA, PELA
DEFORMIDADE ESTRUTURAL E PELA PERDA DA MOBILIDADE. SEQUELA
GRAVE DO 5º QUIRODÁTILO PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL E
PELA PERDA DA MOBILIDADE.

VII. Segundo 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 | 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal	Região Corporal
3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO	5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo	() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
_____	_____
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA APRESENTA TAMBÉM AMPUTAÇÃO DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AO NÍVEL DO TERÇO MÉDIO DA FALANGE PROXIMAL, MAS NÃO HÁ REFERÊNCIA DO 4º DEDO NA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR (AMPUTAÇÃO PRÉVIA?).



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Maceió - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

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:	Nome completo da vítima: ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS		
Nome completo: ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS			CPF:	773.473.743-91
Profissão:	Endereço:	RUA FIMANCIO MARCIANO		Número: 1368 Complemento:
Bairro: PLANALTO DA BELA VISTA.	Cidade: ROSSAS.	Estado: CEARÁ	CEP: 62.900-000	
E-mail: FCO - ROGERIO @ YAHOO.COM.BR.		Tel.(DDD): 88.9.9667.6248.		

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO**

 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **0696** CONTA: **18348**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

 Informado
digital
etarras
beneficiário
não alfabetizado

 Local e Data, **ROSSAS, 19/10/2019**

 Nome: **ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS**
 CPF: **773.473.743-91**

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

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, A SEU RODO, 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.

Conveniente





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019116467

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/02/2019 11:10:49**

Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2019 21:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 356**

Complemento:

Bairro: **VILA RAMALHO** Município: **RUSSAS/CE**

Ponto de Referência: **AVENIDA RAMALHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS**

Nascimento: **08/10/1977** CPF: **773.473.743-91**

RG: **302162596** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ADELIA GERARDA DA SILVA FREITAS**

JOSE JACO SANTIAGO DE FREITAS

Endereço: **RUA AMANCIO MARINHO, 1368**

Bairro: **PLANALTO DA BELA VISTA**

Município: **RUSSAS/CE**

CEP: **62.900-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **9419-1944**

Histórico

Informa a vítima que no dia, local e acima indicado seguia na moto acima descrita, registrada em nome de ELIZÂNGELA BEZERRA BARRETO, no sentido Ilhota/Russas, quando no cruzamento com a Avenida Maria Ramalho, bateu na lateral do lado direito de um veículo; Que não recorda o tipo do veículo; Que ele estava a sua frente e não deu sinal que iria entrar à esquerda na avenida Maria Ramalho; Que quando o carro, sem sinalizar, começou a entrar a esquerda, tentou livrar do veículo se chocando com direita do carro; Que não chegou nem a cair, mas bateu fortemente sua mão esquerda com o carro; Que devido ao impacto, teve um dedo da mão esquerda amputado e outro quebrado; Que informa que já tem, nessa mesma mão, uma amputação de dedo, sendo de um acidente em uma cerca; Que depois acidente as pessoas do carro o socorreram ao Hospital local; Que o dono do carro se identificou como ALCIONE, cel. 84 99655-5806; Que com o nervosismo da situação não pegou a placa do carro; Que essa disse que morava em Limoeiro do Norte; Que deu entrada no Hospital e após o acolhimento foi transferido para IJF em Fortaleza, onde foi feita a amputação do seu dedo, bem como a imobilização do outro dedo que foi quebrado; Que informa que momento do acidente estava a serviço da Pizzaria HANTAR's, fazendo entregas de lanches. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature] Francisco de Lima Ribeiro Junior - MAT.: 300108-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Signature]*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019116467

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : P-D Collah 300.845-3-3

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019116467

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/02/2019 11:10:49**

Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2019 21:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 356**

Complemento:

Bairro: **VILA RAMALHO** Município: **RUSSAS/CE**

Ponto de Referência: **AVENIDA RAMALHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS**

Nascimento: **08/10/1977** CPF: **773.473.743-91**

RG: **302162596** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ADELIA GERARDA DA SILVA FREITAS**

JOSE JACO SANTIAGO DE FREITAS

Endereço: **RUA AMANCIO MARINHO, 1368**

Bairro: **PLANALTO DA BELA VISTA**

Município: **RUSSAS/CE**

CEP: **62.900-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **9419-1944**

Histórico

Informa a vítima que no dia, local e acima indicado seguia na moto acima descrita, registrada em nome de ELIZÂNGELA BEZERRA BARRETO, no sentido Ilhota/Russas, quando no cruzamento com a Avenida Maria Ramalho, bateu na lateral do lado direito de um veículo; Que não recorda o tipo do veículo; Que ele estava a sua frente e não deu sinal que iria entrar à esquerda na avenida Maria Ramalho; Que quando o carro, sem sinalizar, começou a entrar a esquerda, tentou livrar do veículo se chocando com direita do carro; Que não chegou nem a cair, mas bateu fortemente sua mão esquerda com o carro; Que devido ao impacto, teve um dedo da mão esquerda amputado e outro quebrado; Que informa que já tem, nessa mesma mão, uma amputação de dedo, sendo de um acidente em uma cerca; Que depois acidente as pessoas do carro o socorreram ao Hospital local; Que o dono do carro se identificou como ALCIONE, cel. 84 99655-5806; Que com o nervosismo da situação não pegou a placa do carro; Que essa disse que morava em Limoeiro do Norte; Que deu entrada no Hospital e após o acolhimento foi transferido para IJF em Fortaleza, onde foi feita a amputação do seu dedo, bem como a imobilização do outro dedo que foi quebrado; Que informa que momento do acidente estava a serviço da Pizzaria HANTAR's, fazendo entregas de lanches. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature] Francisco de Lima Ribeiro Junior - MAT.: 300108-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Signature]*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019116467

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : P-D Collah 300.845-3-3

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019232514

SABEMI - REG. EM 11 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 1236 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **09/04/2019 14:47:29**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2019 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 356**
Complemento:
Bairro: **VILA RAMALHO** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **CRUZAMENTO COM AV. MARIA RAMALHO**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS**
Nascimento: **08/10/1977** CPF: **773.473.743-91**
RG: **302162596** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ADELIA GERARDA DA SILVA FREITAS**
JOSE JACO SANTIAGO DE FREITAS
Endereço: **RUA AMANCIO MARIANO, 1368 CASA**
Bairro: **PLANALTO DA BELA VISTA** CEP: **62.900-000**
Município: **RUSSAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99445-8262**

Dados do(s) Veículo(s)

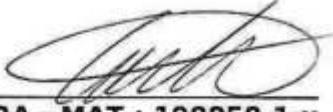
1) Placa: **OIH8966** Uf: **CE** Município: **MORADA NOVA** Chassi: **9C2HB0210CR026705** Renavam: **476499895** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ELIZANGELA BEZERRA BARRETO** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o noticiante que o presente procedimento policial é um aditivo ao B. O. nº 541-617/2019, natureza "acidente de trânsito", para informar que a motocicleta que o noticiante conduzia era HONDA/POP100, de placa OIH-8966-CE, registrada em nome de Elizangela Bezerra Barreto. E nada mais disse...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


CARLOS JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA - MAT.: 198858-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


X Antônio Marcos da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

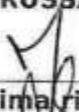

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

**Impresso nº 2019116467****BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 18/02/2019 11:10:49****Data / Hora da Ocorrência: 25/01/2019 21:00:00****Endereço da Ocorrência: RODOVIA CE 356****Complemento:****Bairro: VILA RAMALHO****Município: RUSSAS/CE****Ponto de Referência: AVENIDA RAMALHO****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS****Nascimento: 08/10/1977 CPF: 773.473.743-91****RG: 302162596****Orgão Emissor: SSP****UF: CE****Filiação: ADELIA GERARDA DA SILVA FREITAS****JOSE JACO SANTIAGO DE FREITAS****Endereço: RUA AMANCIO MARINHO, 1368****Bairro: PLANALTO DA BELA VISTA****Município: RUSSAS/CE****CEP: 62.900-000****País: BRASIL****Telefone: 9419-1944****Histórico**

Informa a vítima que no dia, local e acima indicado seguia na moto acima descrita, registrada em nome de ELIZÂNGELA BEZERRA BARRETO, no sentido Ilhota/Russas, quando no cruzamento com a Avenida Maria Ramalho, bateu na lateral do lado direito de um veículo; Que não recorda o tipo do veículo; Que ele estava a sua frente e não deu sinal que iria entrar à esquerda na avenida Maria Ramalho; Que quando o carro, sem sinalizar, começou a entrar a esquerda, tentou livrar do veículo se chocando com direita do carro; Que não chegou nem a cair, mas bateu fortemente sua mão esquerda com o carro; Que devido ao impacto, teve um dedo da mão esquerda amputado e outro quebrado; Que informa que já tem, nessa mesma mão, uma amputação de dedo, sendo de um acidente em uma cerca; Que depois acidente as pessoas do carro o socorreram ao Hospital local; Que o dono do carro se identificou como ALCIONE, cel. 84 99655-5806; Que com o nervosismo da situação não pegou a placa do carro; Que essa disse que morava em Limoeiro do Norte; Que deu entrada no Hospital e após o acolhimento foi transferido para IJF em Fortaleza, onde foi feita a amputação do seu dedo, bem como a imobilização do outro dedo que foi quebrado; Que informa que momento do acidente estava a serviço da Pizzaria HANTAR's, fazendo entregas de lanches. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****Francisco de Lima Ribeiro Junior - MAT.: 300108-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** 



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2019116467

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 617 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : P-D *Collah* 300.845-1-3

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

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:	Nome completo da vítima: ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS		
Nome completo: ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS			CPF:	773.473.743-91
Profissão:	Endereço:	RUA FIMANCIO MARCIANO		Número: 1368 Complemento:
Bairro: PLANALTO DA BELA VISTA.	Cidade: ROSSAS.	Estado: CEARÁ	CEP: 62.900-000	
E-mail: FCO - ROGERIO @ YAHOO.COM.BR.		Tel.(DDD): 88.9.9667.6248.		

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO**

 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **0696** CONTA: **18348**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

 Informado
digital
etarras
beneficiário
não alfabetizado

 Local e Data, **ROSSAS, 19/10/2019**

 Nome: **ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS**
 CPF: **773.473.743-91**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

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, A SEU RODO, 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.

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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00696-3

CONTA: 000000018348-2

Nr. Autenticação

BRADESCO21052019050000000002370069600000018348270000 PAGO

Nº DO CLIENTE

7975964

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato comossoA Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 22 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 02047251/0001-70 | CGP 08.105.845-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 03 25000 84 218530 - 0 Data de Emissão 560544221
 Nome FRANCISCO ROGERIO LIMA 05/02/2019
 End. Postal AV DOM LINO 01353
 CENTRO - RUSSAS - 62900000
 Medidor 25044106 Posto 0000 0000
 Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 454764203-63 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Proxima Leitura
Fev/2019	05/02/2019	08/03/2019

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
22,02	9,82%	5,54

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

IF68.0844.HB33.FN64.4090.EP01.0544.2599

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto RUSSAS 1

Mês	Dez/2018	EURO 7,66
DIC	5,19	10,38
FIC	3,23	6,47
DMIC	2,94	6,23

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **ELIZANGELA BEZERRA BARRETO**, portadora do **CPF nº 788.224.403-15** com domicílio na cidade de **MORADA NOVA**, no Estado de **CEARA**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, **ANTÔNIO MARCOS DA SILVA FREITAS**.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/ POP100

Ano: 2012

Placa: OIH 8966

Chassi: 9C2HB0210CR026705

Data do Acidente: 25/01/2019

RENAVAM: 476499895

RUSSAS – CE 30/01/2019.
Local e Data

Elizangela Bezerra Barreto
Assinatura do Declarante

Cartório do 2º Ofício
Hércules Aghiarian - Titular

Av. Dom Lino, nº 1.151 - Loja 2/3 - Centro - Russas/CE
Tel. (88) 3411-0107 e 98841-6226
cartorio2oficioerussas@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)
ELIZANGELA BEZERRA BARRETO *****
Dou fé. Russas/CE, 30/01/2019

Luciana Silva Oliveira - Escrivente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Sobremesa 05 ABR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
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 PESTIFICAR
<i>Francisco Rogerio Lima</i> <small>ASSINATURA DO TITULAR</small>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
<small>TIPO: 001 - 00000000000000000000000000000000</small>	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2005030019453	DATA DE EXPEDIÇÃO 18/11/2016
NOME FRANCISCO ROGERIO LIMA	
QUALIFICAÇÃO MARIA DE LOURDES LIMA	
NATURALIDADE RUSSAS - CE	
DATA DE NASCIMENTO 30/08/1969	
DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1A. ZONA - RUSSAS - CE TERMO: 4470 FOLHA: 233-V LIVRO: B-12 RUSSAS - CE CPF: 454.764.203-63	
2 VIA	
<small>LEI N° 7.110 DE 29/08/83</small> <small>ASSINATURA DO DIRETOR</small>	
<small>P.: 122</small>	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263325 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FREITAS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL DO 3º E DO 5º DEDOS, AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL DO 3º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE/COMPLETA DAS ARTICULAÇÕES INTERFALÂNGICAS DO 5º DEDO E DA PROXIMAL DO 3º DEDO

Resultados terapêuticos: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO 5º DEDO. REPARAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL DO 3º DEDO.
FEZ FISIOTERAPIA.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO (100%) EM QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO
DEFICIT ANATÔMICO COMPLETO (100%) EM TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TERCEIRO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263325 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FREITAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO 3º E NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NOS DEDOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118457/19

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

CPF: 773.473.743-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO ROGERIO LIMA : 454.764.203-63

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS : 773.473.743-91

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 ROGERIO LIMA
CPF: 454.764.203-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

FRANCISCO ROGERIO LIMA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118457/19

Número do Sinistro: 3190263325

Vítima: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

CPF: 773.473.743-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS DA SILVA FREITAS

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 11/04/2019
Nome: FRANCISCO ROGERIO LIMA
CPF: 454.764.203-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

FRANCISCO ROGERIO LIMA

HELANO OLIVEIRA SANTOS