

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190632214

Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERNANDO MAIA

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190632214 Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data do Acidente: 07/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERNANDO MAIA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000023320-3

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.

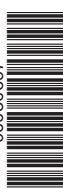
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190632214

Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ERNANDO MAIA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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.seguradoraalider.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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190632214 Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data do Acidente: 07/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERNANDO MAIA

Informamos que o pagamento da inc

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.701,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 18%

% Invalidez Permanente DPVAT: (18% de 70%) 12,60%
Valor a indenizar: 12,60% x 13.500,00 = R\$ 1.701,00

Recebedor: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Valor: R\$ 1.701,00

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000023320-3

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019574061



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 583 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/08/2019 09:59:40**
Data / Hora da Ocorrência: **07/08/2019 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CAJAZEIRAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ERNANDO MAIA**
Nascimento: **27/04/1976** CPF: **260.938.038-05**
RG: **20163111809** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MAIA DA SILVA**
JOSE ROSA DA SILVA
Endereço: **VILA ROSARIO ZONA RURAL**
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9928-8913**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI0769** Uf: **CE** Município: **INDEPENDENCIA** Chassi: **9C2KC08105R814060** Renavam: **841463387** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano:
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **ANTONIO RODRIGUES BOMFIM** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante disse que no dia, hora e local supracitado estava conduzindo a motocicleta de seu pai, quando perdeu o controle da moto e caiu ao chão; Que teve fratura no braço esquerdo, vindo a ser feita uma cirurgia na cidade de Crateús-CE; Que ficou internado cinco dias no hospital São Lucas; Que ate o momento esta impossibilitado de realizar trabalhos; E nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Heverton Landim
HEVERTON CESAR SOARES LANDIM - MAT.: 30123662

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Francisco Ernando Maia

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

200.938.038-05

José Francisco Enriquillo Maria

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

5 - Nome completo:

José Francisco Enriquillo Maria

6 - CPF:

200.938.038-05

9 - Número:

311

10 - Complemento:

lara

7 - Profissão:

Bracutur

8 - Endereço:

Rua Jose Maria

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

Baturité

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63700-000

15 - Tel. (DDD):

(85) 9999-9386

16 - E-mail:

Joselino1991@yahoo.com

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: 0447

CONTA: 23 330

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que entou impossibilidade 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 à 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 as 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vivense?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão
oficial da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11.10.2019

Enriquillo Maria

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.701,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERNANDO MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 00000023320-3

Nr. da Autenticação 1B68363B7B95144C

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERNANDO MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 00000023320-3

Nr. da Autenticação 1D8461E7EF8F001C



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 578684092
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60136-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 02347251/0001-79 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.436 de
 26 de outubro de 2002

113

709

JUN / 2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

6790286

VENCIMENTO:

25/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,52

0002225-4-029720-0

DESCRÍÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MÊS
 JUROS DE MÊS REF. 02/2019
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL
 FIB-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR
 INDENIZAÇÃO MENSAL DNIC

17/06/18

Quantidade:

17/06/19

Tarifa:

31

Valor (R\$):

8752

8654

1

31

0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual Leratura Anterior Constante Consumo kWh Perda Ramal Cons. Ind. Cons. Fís.

Fator de Potência 0,00

CGF

012054413-01

Classe

RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

End. da Unidade

Consumidor

PV ROSARIO 00000 - CRATESUS

Endereço Postal

PV ROSARIO 00000 - MONTE NEVO - CRATESUS-CEP

83700-000

Bairro

UF

Cidade

CE

Estado

63.715-990

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

UF

Estado

CNPJ

0002225-4-029720-0

Data

00

Mês

Ano

Cidade

DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

End. Leitura: AV SGT HERMINIO, 1723, A, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 009

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F001897	802	802	0	0

DATAS

Leitura Atual: 11/07/2019	Emissão: 02/09/2019	Lacre Água: 6503380
Leitura Anterior: 11/06/2019	Próxima Leitura: 10/08/2019	Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Análisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	008	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Constatamos débito de R\$ 187,22. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1	1,82	JAN/2019	0	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	5/5	91,37	FEV/2019	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	1,67	MAR/2019	0	0
			ABR/2019	0	0
			MAI/2019	0	0
			JUN/2019	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO:

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,91	VALOR DO SERVIÇO	94,86
COFINS	4,53	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	94,86

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	05/08/2019	94,86

Onde pagar sua fatura

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

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

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027600289 Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 029

Setor: 9

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento:

Total (R\$): 94,86

82630000000-5 94860009600-2 02760028901-4 02012331065-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jairine Viana Lemos inscrito (a) no CPF 030.311.693 /96, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jairine Lemente Lemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 360.938.038/05, de sinistro de DPVAT cobertura Simulidey, da Vítima Jairine Lemente Lemos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 360.938.038/05, 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 Lider-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	Número	Complemento
<u>Av São João Bernardo</u>	<u>1723</u>	<u>apto</u>
<u>Bairro São Vicente</u>	<u>Cidade Batués</u>	<u>Estado</u>
<u>Email JairineViana1607@uphost.com</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u>	<u>CEP 63700-000</u>
		<u>Telefone celular (DDD) (82) 99491-9386</u>

Batués - CE, 14 de Outubro de 2019
Local e Data:

Jairine Viana Lemos
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
042438 0038 FRANCISCO ERNANDO MAIA
Documento(s) CPF: 260.938.038-05
Data de Nascimento 27/04/1976 Local CRATEUS/CE

DADOS DO PACIENTE

CNS	898003318729363	Guia de Autorização
Estado Civil	Outro	Sexo
		Masculino
		Idade
		43 Ano(s)

Pai JOSE ROSA DA SILVA

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Profissão AGRICULTOR

Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA

Mae MARIA MAIA DA SILVA
Endereço ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS

Bairro: ZONA RURAL Conjugue:

UF CE Telefone 88 36921205

UF CE

CPF do Responsável Endereço CRM/UF 6945/CE Funcionário

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
07/08/2019 10:07 SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF 6945/CE Funcionário

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

Observação:

Saída Data/Hora Liberação

07/08/2019 10:45

Tipo de Saída
Alta clínica

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (imp/m)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
		36	111	20	168 X 96	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/08/2019 10:03

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

paciente apresenta trauma em MSE

relata acidente de moto há 02h, nega alergia medicamentosa, has e dm

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

07/08/2019 10:45:24h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO E EM AP EP

FRATURA DA URNA DISTAL

TALA BRAQUIAL

Luis Glauber Costa Rodrigues
TÉC DE IMOBILIZACAO ORTOPEDICA
ANTIBRACO

Dr. Jamil S.J.
Traumato Ortopedico
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

(Firma)

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RITA FERREIRA DE SOUSA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) FRANCISCO ERNANDO MAIA necessita afastar-se de suas atividades de 12/08/2019 (segunda-feira) até 12/11/2019 (terça-feira), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º. Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

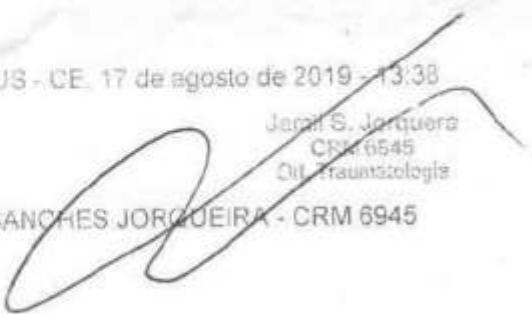
Francisco Ernando Maia

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

CRATEUS - CE, 17 de agosto de 2019 - 13:38

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
OrL Traumatologista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945



Resumo/Sumário de alta

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Prontuário: 042438

Data de Nascimento: 27/04/1976

Idade: 43 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]

Data da Internação: 12/08/2019

Diagnóstico Secundário: S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]

Leito: 008 - 0001

Data de Alta: 17/08/2019

Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

CRM: 6945

Hora da Alta: 12:51

Motivo da Internação:

FRATURA DISTAL DA ULNA -

Conduta / Tratamento Realizado:

REUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

Exames Realizados:

HEMOGRAMA COMPLETO RX ANTEBRACOTEMPO DE COAGULACAO TEMPO DE PROTROMBINA

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Art. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 42438/41

Dt./Hr. Impressão: 17/08/2019 12:53

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA - 43 Ano(s)

Dt. Nasc.: 27/04/1976 Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: CAMPO ROSARIO, SN, ZONA RURAL, CRATEUS - CE - CEP: 63700-000

Prescrição

Dosagem

Via

Quant.

Apres.

1 - CIPROFLOXACINO 500 MG (OP)

500mg

oral

Duração do Tratamento: POR 14 DIAS

DCB: ciprofloxacina

Frequência: 12/12 H

2 - CETOPROFENO 100MG

100

Duração do Tratamento: 1CX

DCB: acetoprofeno

Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H
RETORNAR DIA 30/08 RETIRAR PONTOS E RX DO ANTIBRAÇO

17 de agosto de 2019

JAMIL S. JORQUEIRA
CRM6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

⇒ Retornar dia

24/09/19 p/

Pz de auxiliário

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO CRUZADO MAIA
CPF e/ou RG: 260.938.038-05

Informações do Acidente

Data do acidente: 07/08/2009

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

TRAUMA DE ULNA DISTAL C50.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA DE ULM C50.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: RIGIDEZ MODERADA INTENSA DO PUNHO C50., DIMINUIÇÃO DA APRENSÃO PALMAR MODERADA E LEVE ATROPIA DO ANTebraço C50.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MEMBRO SUPERIOR C50.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

22/01/19, CRACÓS - CO

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

Francisco Cruzado Maia
assinatura da vítima

Revisão de Processo.

Eu, Francisco Ernando Maia portador do RG: 2016311180-9 e CPF: 260.938.038-05, residente no Pv Rosario N° S/N, zona rural da cidade de Crateús-CE.

Venho através de essa declaração requerer aos senhores analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com o pagamento feito por vocês da seguradora líder sendo que eu tenho direito a uma perícia médica, fui vítima de acidente de trânsito na data de 07/08/2019, o qual fiquei com lesões graves por conta desse acidente, o qual sofri FRATURA DISTAL DA ULNA, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO, REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA, DORES FORTES, INCHAÇO, O QUAL EU PASSEI POR 2 CIRURGIAS, ESTOU SEM TRABALHAR POIS NÃO TENHO NENHUMA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR, e vocês analista vim pagar meu processo o valor de 1.687,50, é inaceitável um analista pagar um processo sem se quer um médico perito da seguradora líder me examine para constatar as lesões que eu sofri e que venho sofrendo até hoje.

Diante das informações venho solicitar aos senhores analistas revisão do meu processo e se necessário realização de um perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem fazer o pagamento de um processo sem a vítima passa por uma perícia médica com um médico auditor da seguradora líder que o mesmo possa constatar real situação que eu me encontro, pois é inaceitável eu com sequelas permanentes o qual não posso mais ter uma vida normal e vocês analista tira meu direito de uma perícia médica.

Obs.: Junto a essa carta vai novo laudo das sequelas sofridas.

Peço encarecidamente que mande a minha perícia médica com caráter de urgência para que o médico perito veja a situação que eu me encontro.

Atenciosamente.

Francisco Ernando Maia

FRANCISCO ERNANDO MAIA.

Crateús-CE 22/11/2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nascimento: 2016311100 - 9
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 09/12/2016
Emissão: 09/12/2016

Nome: FRANCISCO ERNANDO MAIA
Município: CRATEús - CE
UF: CE
CPF: 11.111.111-11
RG: 11.111.111-1
Carteira de Identidade: 11.111.111-1
Data de Nascimento: 27/04/1976

DOC. CIVIL/ESTADUAL
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO MUNICIPAL DE CRATEús - CE
LIVRO: A-02 CRATEús - CE
PÁGINA: 14

LEI N° 7.116 DE 2008/03

PROIBIDO PLASTIFICAR




Polegar Direito

Foto: Entrega de visto

CARTERA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
TIPOLOGIA GÊNERO	2003003007470
DATA EMISSÃO	14/11/2018
NAME MUNICÍPIO	KARINE VIEIRA GOMES CRATEÚS
NAME MUNICÍPIO	EVALDO GOMES VIEIRA CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	MARIA QUITERIA VIEIRA GOMES CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	PAULA TEIXEIRA MARQUES CRATEÚS - CE
VALOR	24,00/1992
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 22247 FOLHA: 68 LIVRO: A- 22 CRATEÚS - CE 030-341-693-96	
2 VIA	
LEI Nº 7.111 DE 25/09/1980	
P : 4	



DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 01245/677353

VIA	COD. PEGAVAN	R.N. I.D.C.
PPT	01	00841463387
		0000000000
		2015

NOME

ANTONIO RODRIGUES BURINI

INDEPENDENCIA /CE

CNPJ

07814863864

PLACA

HWI0769/CE

UF

/CE

CHASSI

9C2HDUBB105R814060

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

combustivel

GASOLINA

INIA

MARC./MODELO

HONDA/CB 150 TITAN KS

ANO FAB.

2004

ANO MOD.

2005

CAP. PEGAVAN

CATEGORIA

COR PREDEFINIDA

PARTIC

AZUL

COTA UNICA

VENC COTA UNICA

1*

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

%

/ *

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190632214**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ERNANDO MAIA**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV ROSARIO, 0, CASA, 63.700-001, ZONA RURAL, Crateús/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20163111809**

Data e local do acidente: **07/08/2019 - Crateús/CE**

Data e local do exame: **07/12/2019 - Sobral/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da ulna distal esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura da ulna distal esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 30°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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"

() "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 ás regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Intenso - 75%

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


Dr. Gracine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Revisão de Processo.

Eu, Francisco Ernando Maia portador do RG: 2016311180-9 e CPF: 260.938.038-05, residente no Pv Rosario N° S/N, zona rural da cidade de Crateús-CE.

Venho através de essa declaração requerer aos senhores analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com o pagamento feito por vocês da seguradora líder sendo que eu tenho direito a uma perícia médica, fui vítima de acidente de trânsito na data de 07/08/2019, o qual fiquei com lesões graves por conta desse acidente, o qual sofri FRATURA DISTAL DA ULNA, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO, REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA, DORES FORTES, INCHAÇO, O QUAL EU PASSEI POR 2 CIRURGIAS, ESTOU SEM TRABALHAR POIS NÃO TENHO NENHUMA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR, e vocês analista vim pagar meu processo o valor de 1.687,50, é inaceitável um analista pagar um processo sem se quer um médico perito da seguradora líder me examine para constatar as lesões que eu sofri e que venho sofrendo até hoje.

Diante das informações venho solicitar aos senhores analistas revisão do meu processo e se necessário realização de um perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem fazer o pagamento de um processo sem a vítima passa por uma perícia médica com um médico auditor da seguradora líder que o mesmo possa constatar real situação que eu me encontro, pois é inaceitável eu com sequelas permanentes o qual não posso mais ter uma vida normal e vocês analista tira meu direito de uma perícia médica.

Obs.: Junto a essa carta vai novo laudo das sequelas sofridas.

Peço encarecidamente que mande a minha perícia médica com caráter de urgência para que o médico perito veja a situação que eu me encontro.

Atenciosamente.

Francisco Ernando Maia

FRANCISCO ERNANDO MAIA.

Crateús-CE 22/11/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da ulna distal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 30°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da ulna distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 07/08/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura da ulna distal esquerda. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau intenso, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: 1) Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no punho esquerdo, em grau médio. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame resta como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 25%, totalizando com o valor já pago 75% do segmento. 2) Vítima já indenizada em sinistros anteriores. O primeiro com data de 12/12/2014 decorrente da trauma no tornozelo esquerdo, recebendo a importância de R\$ 2.531,25 pela perda funcional incompleta do tornozelo esquerdo em grau intenso. O segundo (2014035074) com data de 01/10/2013 decorrente da trauma no punho direito, recebendo a importância de R\$ 1.687,50 pela perda funcional incompleta do punho direito em grau médio. E o terceiro (2012459439) com data de 25/09/2012 decorrente da fratura na clavícula direita, recebendo a importância de R\$ 1.687,50 pela perda funcional incompleta do ombro direito em grau médio. Parecer finalizado como membro superior 18% devido a falha de lateralidade do sistema.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 18 %	12,6%	R\$ 1.701,00
		Total	12,6 %	R\$ 1.701,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da ulna distal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 30°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da ulna distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 07/08/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura da ulna distal esquerda. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau intenso, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: 1) Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no punho esquerdo, em grau médio. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame resta como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 25%, totalizando com o valor já pago 75% do segmento. 2) Vítima já indenizada em sinistros anteriores. O primeiro com data de 12/12/2014 decorrente da trauma no tornozelo esquerdo, recebendo a importância de R\$ 2.531,25 pela perda funcional incompleta do tornozelo esquerdo em grau intenso. O segundo (2014035074) com data de 01/10/2013 decorrente da trauma no punho direito, recebendo a importância de R\$ 1.687,50 pela perda funcional incompleta do punho direito em grau médio. E o terceiro (2012459439) com data de 25/09/2012 decorrente da fratura na clavícula direita, recebendo a importância de R\$ 1.687,50 pela perda funcional incompleta do ombro direito em grau médio. Parecer finalizado como membro superior 18% devido a falha de lateralidade do sistema.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 18 %	12,6%	R\$ 1.701,00
		Total	12,6 %	R\$ 1.701,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 Cidade: Crateús Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA Data do acidente: 07/08/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 Cidade: Crateús Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA Data do acidente: 07/08/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. 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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 Cidade: Crateús Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA Data do acidente: 07/08/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: *** INDENIZAÇÃO EM SINISTRO ANTERIOR (2014035074) EM PUNHO DIREITO.

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 completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632214 Cidade: Crateús Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA Data do acidente: 07/08/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DA ULNA DISTAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: *** INDENIZAÇÃO EM SINISTRO ANTERIOR (2014035074) EM PUNHO DIREITO.

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 completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: FRANCISCO ERNANDO MAIA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 2016311180-9
Endereço: PV ROSARIO
Cidade: CRATEÚS-CE

Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 260.938.038-05
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: KARINE VIEIRA GOMES
Nacionalidade: BRASILEIRA
Profissão: AUTÔNOMA
Identidade: 2003003007478
Endereço: Av. SARGENTO HERMÍNIO Nº 1723
Cidade: CRATEÚS-CE

Estado Civil: SOLTEIRA
CPF: 030.341.693-96
Bairro: CENTRO
CEP: 63700-000

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 ERNANDO MAIA** ocorrido em **07/08/2019** 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/Credito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assina 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.

Local: Brasília, UF: DF, Data: 25 de Setembro de 2019.

Francisco Ernando Maia

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

Neste documento (X) Réconheço:
de Firma () Procuração () Escritura
seja maior Declarado () Divórcio sem
valor Declarado Foi aplicado o selo tipo
03, conforme autorização do TJCE, na
Portaria Nº 1.099/2019, Publicada no
Portal da Justiça em 02/07/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395311/19

Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

CPF: 260.938.038-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

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

FRANCISCO ERNANDO MAIA : 260.938.038-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395311/19

Número do Sinistro: 3190632214

Vítima: FRANCISCO ERNANDO MAIA

CPF: 260.938.038-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

CPF: 030.341.693-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

KARINE VIEIRA GOMES

Camila Feitosa Pedrosa