

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190518747 Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190518747 Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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\$ 4.725,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%	
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004372

Conta: 000000008163-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
Profissão: **ACRILICULTOR** Endereço: **ST ACUQUINHO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
Bairro: **ACUQUINHO** Cidade: **SAMBORIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**
E-mail: **COMILSON LARYR@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **(85) 99291-1706**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4372** CONTA: **00008163** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **SAMBORIL - CE, 15 DE MAIO 2019**
Nome: _____
CPF: _____

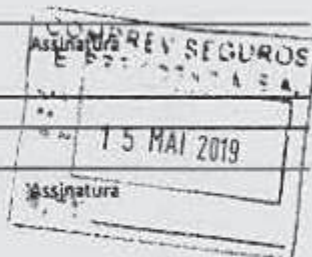
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x **Francisco Antônio Anavjo Lima**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012
 Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **ACRILICULTOR** Endereço: **ST ALVODINHO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ALVODINHO** Cidade: **SAMBAIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**
 E-mail: **COMILSON LARYRIO@hotmail.com** Tel. (DDD): **(84) 99791-1706**

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **4372** CONTA: **00008163** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SAMBAIL - CE, 15 DE MAIO 2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

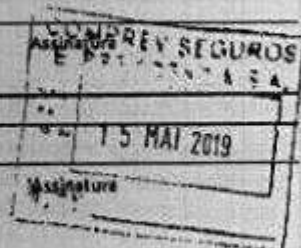
x Francisco Antonio Anavjo Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 3ª Nome: _____ CPF: _____
 4ª Nome: _____ CPF: _____
 5ª Nome: _____ CPF: _____
 6ª Nome: _____ CPF: _____
 7ª Nome: _____ CPF: _____
 8ª Nome: _____ CPF: _____
 9ª Nome: _____ CPF: _____
 10ª Nome: _____ CPF: _____







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

999.337.483-00 FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF: 999.337.483-00

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLAMO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4372

CONTA:

00008163

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 de 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascido (já nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

SAMBODIL - 16, 15 DE MAIO 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

CAIYA
POURANCA

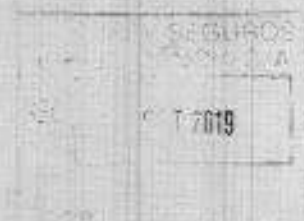
503089 0010 62318 8053

FRANCISCO ANTONIO ALIAGA
ID: 21

MasterCard

ESTO NO ES UN CREDITO

debito



**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

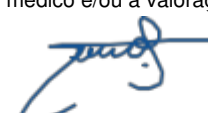
Número do Sinistro: 3190412097
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Acudinho Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [20/07/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E FISIOTERAPIA
Complicações: SEM
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM IMOBILIZADOR ORTOPÉDICO. APRESENTA LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º, 4º E 5º.
- IV. Nexos de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 o 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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" **() "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190518747
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Distrito Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [28/09/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: DEFORMIDADE ÓSSEA.
Data da Alta: 10/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2ND1110FR026846 Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:49:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE Ocorrência Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araujo Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : Maria Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Irmão Araujo Nascimento

X Antonio Araujo Lima





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

UF:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2ND1110FR026846 Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do quelxoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:48:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araujo Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : M. Lídia Bezerra Brilhante
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9



X Francisco Araujo Nascimento



X Antonio Araujo Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP: **61000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2ND1110FR026846** Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:49:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araújo Lima

VISTO DO DELEGADO(A): M. Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Guimar Araújo Nascimento

X Antonio Araújo Lima



DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 19:48:30

Pág. 2 de 2

Impresso em: 15/05/2019 19:48:34

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**

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

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**

Profissão: **ACOLHEDOR** Endereço: **ST ACOLHEDOR** Número: **00000** Complemento: **CASA**

Bairro: **ACOLHEDOR** Cidade: **SAMBAUL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**

E-mail: **COMISSAR LARYR@SAMBAUL-CE** Tel.(DDD): **85** 99291-1706

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **4332** CONTA: **00008163** **5**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: **SAMBAUL - CE, 15 06 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Antonio Araujo Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

999.337.483-00 FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

CPF: 999.337.483-00

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4372

CONTA:

00008163

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 5.194/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAMBOIL - CE, 15 de MAIO 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hor: 09:37 DATA: 29/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARRAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 22609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/10/1937

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IACUPINHOS

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARRAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Doença Urina de acidente com trauma

3. HISTÓRIA ATUAL: com este contendo em 3º e 4º quadrantes

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de fêmur proximal

5. CONDUTA: de 4º quadrante do abd.

6. EXAMES SOLICITADOS: GROS GROS: 15

7. P.A.

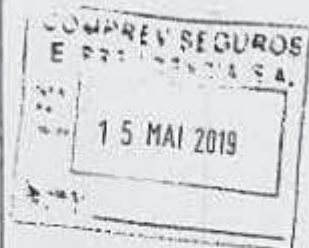
8. TEMP.

9. PESO:

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① talo imobilizado

② suturas simples

CÓPIA

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Horz 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 30009007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.M.: Fls.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: IANGORIL PROFISSÃO: SETOR. PUBLICA DATA DO NASC.: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IANGORIL

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINAND LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Doença Urina de natureza com 20 dias

3. HISTÓRIA ATUAL: Com este sintoma em 3º e 4º dias de ch

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de fêmur proximal

5. CONDUTA: de 4º dia de ch

6. EXAMES SOLICITADOS: Glicose: 15.

7. P.A.

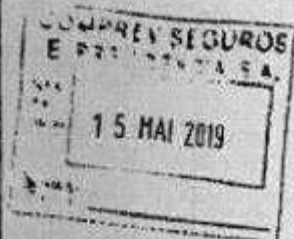
8. TEMPERATURA:

9. PESO:

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEX 14060

① pelo injeção

② sutura simples

CÓPIA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE
HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
Crescimento com felicidade

1. IDENTIFICAÇÃO:
NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
Nº DO DOCUMENTO: 20609007760 ÓRGÃO EMISSOR: IDADE: 36
CN: Fls.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1/106
NATURALIDADE: IACUPORINGA PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC: 26/01/1933
EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE: CARTÃO:
RELIGIÃO: RAÇA/COR:
ENDEREÇO: IACUPORINGA
FILIAÇÃO: LUIZ FERREIRA LIMA
TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA
2. QUEIXA PRINCIPAL: Dor no
3. HISTÓRIA ATUAL: Com dor constante em 3º e 4º quadrantes
4. DIAGNÓSTICO: Esclerose e fratura de fratura proximal
5. CONDUTA: de 4º quadrante de fratura proximal
6. EXAMES SOLICITADOS: GROSOR: 15
7. PA:
8. TEMPERATURA:
9. PESO:

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① dor no quadrante
② suturas simples

CÓPIA



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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04372

CONTA: 000000008163-5

Nr. da Autenticação 88C564C586C4BAA4

N° DO CLIENTE

3968570

Para saber seu consumo, utilize o e-mail sempre que receber este boleto.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60128-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07047381/0001-70 | CEP 08.508.848-9

enel

BOLETA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 571686819

Rota 38 39103 01 190000 - 3 Data de Emissão 25/04/2019

Nome FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

End. Postal ST ACUÍDINO 00000

ACUÍDINO - TAMBORIL - 63750000

Medidor 23872254

Posto 0000 0000

Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 999337433-00

CPF

Nome do Responsável

DADOS DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Proxima Entrega	Veja a legenda do serviço de qualidade
Abr/2019	25/04/2019	24/05/2019	Conjunta: 1-0,00 Mês: Fev/2019 24,65 Mês: Mar/2019 24,65

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Parcela Individual	Apuração Individual
	24,65	27,00%	6,66	Mensal	Mensal
				Trim.	Trim.
				Anual	Anual
				12,33	12,33
				36,99	36,99
				0,00	0,00

ÁREA RECOMENDADA AO CONTROLE FISCAL

740,8778, 0,30, 3,00, 4,00, 5,00, 6,00, 7,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FURNAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual	Leil. Anterior	Consumo	Consumo DIANO	Consumo Ind.	Consumo Res.	Tarifa (R\$ kWh)	Valor (R\$)
1366	1366	1,00	112	0,00	112	0,71	81,89
25/04/19	26/03/19		34,04		112		81,89

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	81,89
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	11,73

VENCIMENTO	03/06/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	93,62
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 78,96	118 112 118 103 117 134 114 136 111 133 106 106
Transmissão 18,10	
Distribuição 4,10	
Encargos Setoriais 26,10	
Tributos (ICMS, IPTU, etc.) 26,10	
TOTAL 93,62	

CONSUMO CONJUNTO - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emissão kg CO ₂	Compensação kg CO ₂	Compensação Ecológica (% CO ₂)
43,72	0,00	

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO, UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR. Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao desperdício energético. De dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Considere esta fatura de 4,67 referente a R\$ 112,33. A fatura de R\$ 112,33 é referente a R\$ 112,33. Caso contrário, considere a fatura de R\$ 112,33. Esta fatura é substituída pelas faturas anteriores.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO

RG nº 2007121439-3, data de expedição 15/05/08

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.763-16

com domicílio na cidade de TAMBORIL, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ST ACQUINO, nº 00000

complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA, cujo o condutor era

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Veículo: MOTO CICLISTA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015

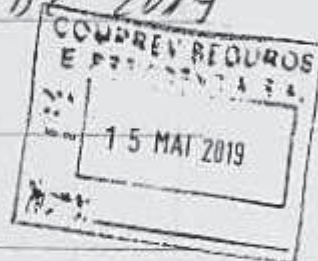
Placa: PNK 0076 Chassi: 9CCND01110FR026846

Data do Acidente: 29/04/2019

Local e Data: X TAMBORIL-CE, 15 DE MAIO DE 2019

X Irismar Araújo Nascimento

Assinatura do Declarante



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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

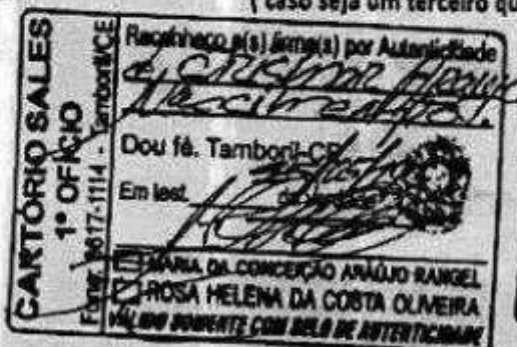
Eu, IRISMAR ANAVDO NASCIMENTO
RG nº 2007121439-3, data de expedição 15/05/08
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.763-16
com domicílio na cidade de TAMBORIL, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST ACQUINHO, nº 00000,
complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCO ARTORIO ANAVDO LIMA, cujo o condutor era
FRANCISCO ARTORIO ANAVDO LIMA
Veículo: MONOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015
Placa: PNK 0076 Chassi: 9C2ND0111DFR026846
Data do Acidente: 29/04/2019

Local e Data: X TAMBORIL-CE, 15 DE MAIO DE 2019

X Irismar Anavdo Nascimento
Assinatura do Declarante



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



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº: _____

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: _____

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 22609007760 ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/06

C.M.: _____ FLS.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1/ CARTÃO: _____

NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/01/1933

EST. CIVIL: Casado SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: IACUPINHÓ _____

FILIAÇÃO: LILZ FERDINIA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente com trauma no membro superior direito

3. HISTÓRIA ATUAL: Com dor constante em 3º e 4º dedos da mão direita

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de falange proximal

5. CONDUTA: de 4º dedo do 3º e 4º

6. EXAMES SOLICITADOS: Radiografias: 15.

7. P.A. _____

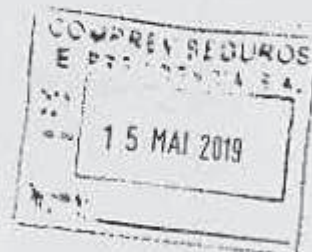
8. TEMP.: _____

9. PESO: _____

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① dor immobilizada

② suturas simples



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO MAURO LIMA
CPF e/ou RG: 999.339.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DOS 3º, 4º E 5º DÍGITOS ESQUERDO COM
LACERAÇÃO LOCAL.

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

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, SUTURA LOCAL E
CONDUITA CONSERVADORA.

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

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DEFINITIVA: BOCELA,
DOE E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DA
MÃO ESQUERDA AOS MÍNIMOS ESFORÇOS

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: TRAUMA COM FRATURA DE DÍGITOS E MÃO ESQUERDA

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 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

03.07.19, CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antonio Mauro Lima
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 32609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: FLS.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÃO:

NATURALIDADE: Tangará PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IACUPINHÓ

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente com lesões

3. HISTÓRIA ATUAL: Com lesão contusa em 3º e 4º dedos da mão direita

4. DIAGNÓSTICO: Fratura de fratura de falange proximal

5. CONDUTA: de 4º dedo do 1º dig. seg.

6. EXAMES SOLICITADOS: Gesso com: 15.

7. P.A.

8. TEMP:

9. PESO:

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① dedo imobilizado

② suturas simples



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF e/ou RG: 999.339.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DOS 3º, 4º E 5º METACARPO ESQUERDO COM
LACERAÇÃO LOCAL.

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

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, SUTURA LOCAL E
CONDUTA CONSERVADORA.

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

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DEFINITIVA: GOÇMA,
DOZ E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DA
MÃO ESQUERDA AOS MÍNIMOS ESFORÇOS.

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: FRATURA COM FRATURA DE ARIETOS E MÃO ESQUERDA

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

03.09.19. CRUZELOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antonio Araujo Lima
Assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

REC. SEGURANÇA

7019

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36
Nº DO DOCUMENTO: 30609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/06
C.N.: _____ FLS.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÃO: _____
NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: SETOR PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/01/1933
EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE: _____
RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____
ENDEREÇO: IACUPINHOS
FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA
TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: dor no artro da coxa esquerda
3. HISTÓRIA ATUAL: com dor no artro da coxa esquerda há 3 a 4 dias
4. DIAGNÓSTICO: fratura de fêmur proximal
5. CONDUTA: de 4 a 5 dias de observação
6. EXAMES SOLICITADOS: Exames de 15
7. PA: _____
8. TEMP.: _____
9. PESO: _____

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMÉC 14060

① dor no artro da coxa esquerda
② fratura simples



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO/HABITANTE DE HABITAÇÃO

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
 ENDEREÇO / CIDADE: 13008130-07780 SÃO JOSE DO RIO PRETO, SP
 CEP: 999.337.443-00 DATA DE NASCIMENTO: 28/01/1989
 RUA: LOTE FERRAZ LIMA
 TERREIRA DE JESUS ARAUJO LIMA
 SEXO: M
 DATA DE EMISSÃO: 07/04/2016
 DATA DE VENCIMENTO: 01/07/2016
 Nº de Registro: 06405185458

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura: Francisco Antonio Araujo Lima
 Assinatura do Planteador: [Assinatura]
 Data: 04/07/2016
 Nº de Registro: 18700881857
 Nº de Registro: 06405185458

Nº de Registro: 1289445136
 Nº de Registro: 1289445136



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CANCELARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO ANTONIO BRAGA LIMA



CPF: 280401300730-00000000
 RG: 999.387.683-00
 Data de Nascimento: 28/01/1983

Nome: LOTE PEREIRA LIMA
 Residência: VEREDAS DO JARDIM
 Assunto: LIMA

Identificação: 06405125136
 Validade: 07/04/2020
 Emissão: 01/07/2018

ASSINATURA
 Francisco Antonio Braga Lima

Assinatura: *[Handwritten Signature]*

CPF: 280401300730-00000000
 RG: 999.387.683-00
 Data de Nascimento: 28/01/1983

IDENTIFICAÇÃO

COMPREY SEGUROS
 EVIDENCIAL SA.
 REC 04 JUN 2018
 Nome:

COMPREY SEGUROS
 EVIDENCIAL SA.
 15 MAI 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
 DOC. IDENTIFICAD / CDD. IDENTIFICAD Nº: 2046019007742 SEXO: M
 CPF: 999.337.483-00 DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1983
 RACIA: LUIZ FERNANDA LIMA
 TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA
 SEXO: M
 DATA DE NASCIMENTO: 07/04/2020
 DATA DE VALIDADE: 01/07/2019

VALIDA EM TODAS AS TERRITORIAS NACIONAIS
 1289445136

OBSERVAÇÃO:

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 PORTALIA, CE
 04/07/2016
 18790581682
 CN154832168
 DETRAN-CE (CE/AN)

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A
 REC: 09 SET 2019
 Nome:

COPIA DE REGISTRO
E PRECATÓRIO
15 MAI 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
CICE 01 1057259877 ANTO 0000000000 2018

TRISMAR ARRUJO NASCIMENTO
TAPBORIL CE

04792426316
PLACA ANTAVI
04792426316/CE

PAS/MOTOCICLO/INO-APLIC.
HONDA/XRE 300
2P/OCV/291CC

CATEGORIA PARTIC
CORRECORRANTES
VERMELHA

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO

TAPBORIL
26/11/2018

CE Nº 014058860215 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04792426316
2018
PNK0075
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

014058860215
77754643006

01 04792426316
HONDA/XRE 300
2015

902ND1110FR026846
PRÊMIO TARIFÁRIO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

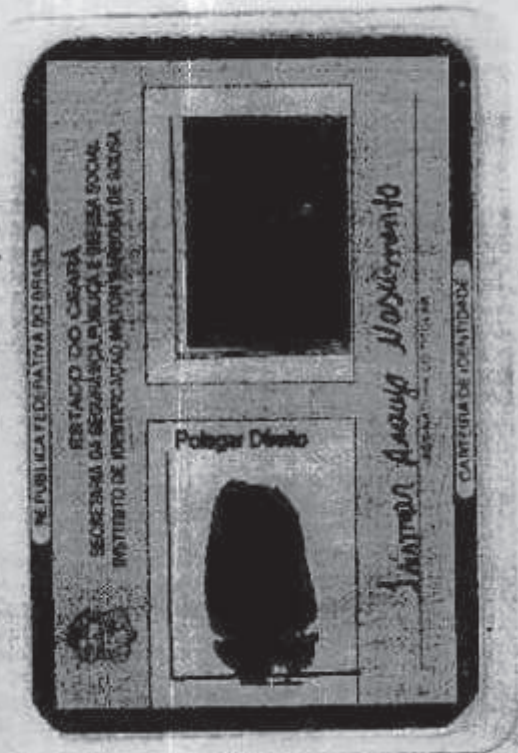
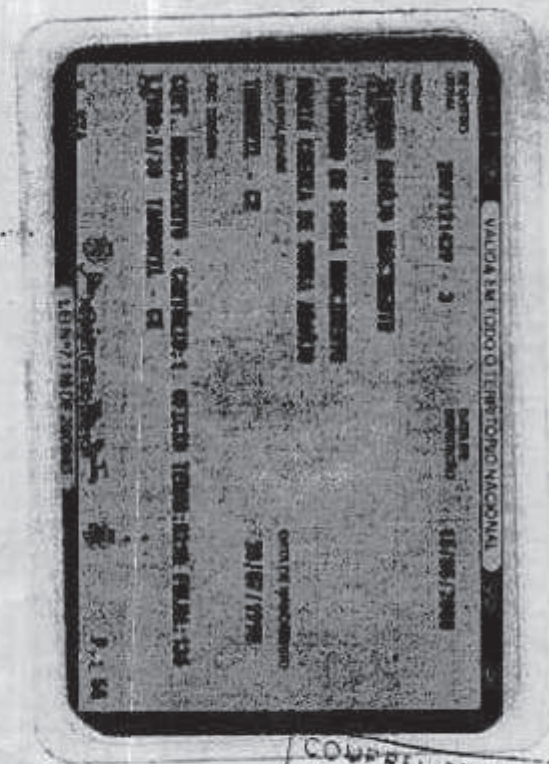
00/00/0000
DATA DE OUTUBRO

RECEIVED
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
JAN 10 1964
Name _____

[illegible]

REPUBLICA CORPORATIVA DO BRASIL

LOWE'S CREDIT CARD DEPT.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163338/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Títular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 15/05/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 09/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.
@ (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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.
@ (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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 09/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE