
Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278 **Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA**

Data do Acidente: 02/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

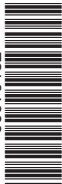
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00903/00904 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14393830

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000020529-7

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



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278 Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020529-7

Nr. da Autenticação 356CD38DC4885F14

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190289278

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO INGA, SN - Russas/CE - CEP 62900-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2003030018892 - SSP-CE.

Data e Local do Acidente : 02/12/2018 - RUSSAS, CE.

Data e Local do Exame : 07/06/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

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

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

OMBRO DIREITO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AUDIOMETRIA - PÁGINA 01.

@8 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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: AUDIOMETRIA TONAL - PÁGINA 02.

SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 07/06/2019 EM R\$ 2.531,25 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO DO OMBRO DIREITO (75%).

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 ombros	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A EXAME MÉDICO PRESENCIAL DIA 07/06/2019, ONDE SOMENTE FOI CONSTATADA SEQUELA EM OMBRO DIREITO. O MÉDICO EXAMINADOR NÃO FEZ MENÇÃO A PERDA AUDITIVA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

LARANJA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24H - RUSSAS

URL: 18390002206

1800306989	03/12/2018 00:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO	CLÍNICA MÉDICA	NOTURNO	3
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
FRANCISCO SERGIO DA SILVA	20/08/1977	41 A 3 M 14 D	160339280170004	63546310349	00010804
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	2003030018892SP CE	19/12/2011	M	SOLTEIRO(A)PARDA	RUSSAS - CE
Mãe	Pat	Contato	Ocupação		
MARIA DAS MERCÊ MATOS SILVA	FRANCISCO GOMES DA SILVA	(88) 99461-8265	AGRICULTOR (A)		
Endereço					
SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
LARANJA	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
CONSULTA	URGÊNCIA		PSF - PSF - ING		
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		JEFFERSON.AO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem			OSC TOTAL		
PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)h					
Paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de no to, do. 112 do; nega dor de cabeça;					
Exame Físico					
09:30 Paciente, apresentar episódios de hematemese;					
Investprev Seguradora S/A					
Hipótese Diagnóstica					
24 ABR 2019					
SADT - Exames Complementares					
CNPJ: 42.366.302/0001-28					
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① Rx. Tórax AP, abdô AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!					
② Glicose a 50% - ZFA, EV		00:30			
③ Plasil 2 ml + AD, EV.		00:30			
④ Ranitidina - ZFA + AD, EV SUSPENSÃO		00:30			
Condição					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Internação					
<input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML, Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Dr. André Ferreira					
Médico					
CRM: 17812					
Impresso por: graca.os					
Data Hora: 03/12/2018 00:23:12					
L d: de am h					
para					
validação por TC -					



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



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1313 / 2019

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA RAIMUNDO
JEFERSON DE OLIVEIRA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1313 / 2019

Aos 15 dia(s) do mês de Abril de 2019, nesta cidade de Russas, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:37 hora(s), presente achava-se **VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA**, Delegado(a), comigo **DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **RAIMUNDO JEFERSON DE OLIVEIRA**, nacionalidade Brasil, solteiro (a), 2o. grau completo, oleiro, filho(a) de **LUIZ JOSE DE OLIVEIRA** e **MARIA CONSUELO GIRAO**, nascido(a) em 26/11/1996, natural de Morada Nova/CE, CPF: 065.168.293-22, RG: 20080735830/CE, residente à Sitio Ingá, Sitio Ingá - Russas/CE, telefone (88) 9213-4347. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA NVB-6348, COM A PESSOA DE FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA, QUANDO SOFRERAM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA LOCALIDADE DE SÍTIO INGÁ; QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO APÓS PASSAR EM UMA VALA; QUE O DEPOENTE SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES, MAS O GARUPEIRO, ORA VÍTIMA, SOFREU UM FRATURA NA CLAVÍCULA; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA A UPA DE RUSSAS, SENDO POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL IJF - FORTALEZA. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) :

DEPOENTE :

ESCRIVÃ(O) :

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1313 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/04/2019 15:28:26**
Data / Hora da Ocorrência: **02/12/2018 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA SÍTIO DA INGÁ**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **CERÂMICA DO JOCILÉ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SERGIO DA SILVA**
Nascimento: **20/08/1977** CPF: **635.463.103-49**
RG: **2003030018892** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS MERCÊ MATOS DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **SÍTIO INGÁ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB6348** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi: **9C2KD04209R505459** Renavam: **272642010** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de motocicleta quando trafegava na garupa do ciclomotor de placa NVB-6348; QUE quem conduzia a moto era a pessoa de RAIMUNDO JEFERSON DE OLIVEIRA; QUE o condutor perdeu o controle da motocicleta após o pneu passar por uma vala; QUE ambos vieram a cair ao solo; QUE o condutor teve apenas escoriações leves, enquanto que o garupeiro, ora vítima, fraturou a clavícula direita; QUE foram socorridos pelo SAMU até a UPA de Russas; QUE a vítima foi encaminhada ao IJF - Fortaleza, onde passou 03 dias internado naquele hospital; QUE a vítima também sofreu uma forte pancada na região da cabeça, ficando com problemas de audição; E NADA MAIS DISSE.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Sergio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Quintanilha

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 15/04/2019 15:52:07

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/04/2019 15:52:07

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão e/ou tipo(s) de cobertura: ☐ DIARIAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	635 463 103 49	FRANCISCO SERGIO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
FRANCISCO SERGIO DA SILVA		635 463 103 49
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	SITIO INGA	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
		CPF:
E-mail:	Tel.(DDD):	
jeffersonvolney@hotmail.com	(88)9.9490-1623/9.8844-3344	

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

RECEITA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0755	CONTA: 20529	7	
(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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Então declaro 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:	RUSSAS, 22/04/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS	Investprev Seguradora S/A
1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	24 ABR 2019
2ª Nome:	
CPF:	CNPJ: 42.366.302/0001-28
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, em presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão e/ou tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	635 463 103 49	FRANCISCO SERGIO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
FRANCISCO SERGIO DA SILVA		635 463 103 49
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	SITIO INGA	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
PITOMBEIRA	RUSSAS	CE
E-mail:	CPF:	
jeffersonvolney@hotmail.com	62900000	
		Tel.(DDD):
		(88)9.9490-1623/9.8844-3344

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA 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 POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (601) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20529 7

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o dígito se existir) (Informe 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 prêmio ou indenização por futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A
24 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Então deixo 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 deente, 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: RUSSAS, 22/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278 Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000020529-7

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





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278 **Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA**

Data do Acidente: 02/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

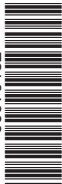
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00903/00904 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14393830

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020529-7

Nr. da Autenticação 356CD38DC4885F14

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Número do Sinistro: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/08/2019
Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
CPF: 067.444.393-40

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA : 067.444.393-40

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

FRANCISCO SERGIO DA SILVA : 635.463.103-49

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: 24/04/2019
Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
CPF: 067.444.393-40

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Número do Sinistro: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 28/05/2019
Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
CPF: 067.444.393-40

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Número do Sinistro: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 29/04/2019
Nome: FRANCISCO SERGIO DA SILVA
CPF: 635.463.103-49

FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Número do Sinistro: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 03/05/2019
Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
CPF: 067.444.393-40

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137440/19

Número do Sinistro: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 20/08/2019
Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
CPF: 067.444.393-40

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A EXAME MÉDICO PRESENCIAL DIA 07/06/2019, ONDE SOMENTE FOI CONSTATADA SEQUELA EM OMBRO DIREITO. O MÉDICO EXAMINADOR NÃO FEZ MENÇÃO A PERDA AUDITIVA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2003030018882

CPF: 635.463.103-49

Endereço: ST. INGÁ, S/N

Bairro: PITOMBEIRA

Cidade: RUSSAS/CE

CEP: 62.900-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Jefferson Marlon dos Santos Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2008242937-0

CPF: 067.444.393-40

Endereço: Rua Dr. Daltro Holanda, 2336

Bairro: Guanabara

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, declaração de ausência de laudo de IML, autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório-DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima:

FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Local e Data: RUSSAS/CE, 16 DE ABRIL DE 2019.

Francisco Sérgio da Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas

HELENA LACERDA CRISPINO LEITE BORGES - UNICIA A
CPF: 02.074.294/0001-08, O.E. 191383
Cartório de Russas, 16/04/2019, 10:34:27, CEP: 62.900-000, TEL: (85) 211-2100.

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. RUSSAS, 16/04/2019 10:34:27

Renato Machado da Ponte

RENATO MACHADO DA PONTE - ESCRIVÃO E SUBSTITUTO
O.E. 14.212-10, RS 3.113 FALCÃO, RS 3.114 PRINCEP, RS 3.143 RS 3.143 RS 3.143 RS 3.143 RS 3.143 RS 3.143



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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: AUDIOMETRIA TONAL - PÁGINA 02.

SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 07/06/2019 EM R\$ 2.531,25 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU INTENSO DO OMBRO DIREITO (75%).

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 ombros	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AUDIOMETRIA - PÁGINA 01.

@8 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289278

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Avenida Dom Lino, Nº 1108 - Telefone: (088) 3411.2188

BEL - MARIA HELENA CRISPINO LEITE BORGES
SUBSTITUTA LEGAL

BEL MARCELO DE SOUSA BORGES
ESCRIVENTE SUBSTITUTO

FLS.: 053
1º TRASLADO

Investprev Seguradora S/A

28 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

SAIBAM, quantos o presente instrumento público de procuração virem, ou dele fiverem notícia, que, aos cinco (05) dias do mês de julho do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta Cidade de Russas, Estado do Ceará, neste Cartório sito na Avenida Dom Lino, nº.1108, Centro, compareceu perante mim, Escrevente Substituta, a **OUTORGANTE VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA - ME**, pessoa jurídica revestida na forma de sociedade empresária limitada, inscrita no CNPJ/MF sob o nº.04.928.492/0001-30, com sede nesta Cidade de Russas, Estado do Ceará, na Rodovia BR 116 KM 162, neste ato representada legalmente por seu sócio administrador **ANTONIO VITALINO REINALDO FILHO**, brasileiro, separado judicialmente, empresário, portador da Cédula de Identidade nº.97006031555 2ª via SSPDC/CE, expedida em 06.08.2003, inscrito no CPF/MF sob o nº.123.787.204-91, residente e domiciliado nesta Cidade de Russas, Estado do Ceará, na Avenida Imã Maria da Graça, nº.1522, Bairro Catumbela, reconhecido por mim, como o próprio de que trato, pela verificação dos documentos supra exibidos em seus originais, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. E pela outorgante, representada como vem, me foi dito que por este público instrumento nomeia e constitui seu bastante procurador **CARLOS SILVA DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, vendedor, portador da Cédula de Identidade nº.1023217 SSP/CE, inscrito no CPF/MF sob o nº.114.367.193-72, residente e domiciliado nesta Cidade de Russas, Estado do Ceará, na Travessa 25 de Agosto, nº.128, Bairro Centro, a quem confere poderes especiais para representar a outorgante junto ao **DETRAN/CE, DENATRAN, CONTRAN, DEMUTRAN, Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, SEMOB, Correios e Cartórios de Notas**, podendo o referido procurador requerer e receber 2ª vias de DUT, CRV e CRLV, dar recibos, dar quitação, assinar CRV na condição de vendedor/comprador, pagar taxas, multas, seguros, impostos e tudo mais que recair sobre os veículos em nome da outorgante, requerer e preencher formulários, assinar requerimentos, declarações, solicitar vistorias, receber prontuários, prestar compromissos e informações, exigir, transigir, efetuar comunicado de venda em cartórios, fazer boletim de ocorrência, requerer e colocar impedimentos, podendo ainda solicitar liberação em caso de apreensão dos veículos da outorgante, requerer e assinar tudo que for necessário em nome da outorgante junto aos mencionados órgãos acima descrito, errm, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato. E, como assim disse, do que dou fé, me pediu lhe lavrasse nas notas deste cartório, esta procuração, a qual feita, lhe sendo lida em alta e bem clara voz, aceita e assina. (CERTIFICO que a qualificação do procurador bem como os poderes outorgados no presente mandato foram fornecidos por declaração pelo representante legal da outorgante, o qual pelo presente, se responsabiliza civil e criminalmente por suas veracidades, bem como pela eventual exorbitância dos poderes ora

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Registro

HENRI LACAS & CROPIANO LTDA BORDEJ - OROVALA
 CNA. 02.703.31.000-48. CUB. 01.7333
 Avenida Dos Lutas 1111 - Centro - Curitiba - PR - CEP 81.600-300 - TEL. (041) 301.1011

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. S DA VERDADE. DOU FÉ
RUSSAS. 18/05/2019 10:12:12.

MARIA DE FATIMA MAC E. CHAVES MATA- ESCRIVENTE
P.N. 25.137. 25.006 PAADER 25.067 MEVYP 25.037 SS 25.014 Saa 25.017 Tm 25.151



outorgados: devendo a prova destas declarações ser exigida diretamente pelos órgãos e pessoas, onde com esta o outorgado se apresentar). Eu, (a.) Carmen Cristiane da Silva de Oliveira, Escrevente Substituta, encerro o presente ato, colhendo a assinatura do representante legal da outorgante, ao mesmo tempo em que dou fé, e também assino. Em Testemunho (rubrica de Carmen Cristiane da Silva de Oliveira) da Verdade. (a.) Carmen Cristiane da Silva de Oliveira, Escrevente Substituta. OUTORGANTE (a.) Antonio Vitalino Reinaldo Filho. VALE DO JAGUARIBE LOCAÇÃO LTDA – ME. Está conforme o original. Dou fé. Traslada em seguida. Eu, Carmen Cristiane da Silva de Oliveira, Carmen Cristiane da Silva de Oliveira, Escrevente Substituta, digitei, conferi, dou fé e assino em público e raso de que uso.



Em Testemunho Carmen Cristiane da Silva de Oliveira da Verdade
Carmen Cristiane da Silva de Oliveira
Escrevente Substituta

VALIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA	
Provisório 08/2014	
EMOL:	R\$ 28,28
ISS:	R\$ 0,88
FRMP:	R\$ 1,46
FAADEP:	R\$ 1,46
FERM:	R\$ 3,58
SELO:	R\$ 4,76
TOTAL:	R\$ 41,60
Nº SELO:	AD013388

Cantária Leite Borges - 3º Ofício de Russas
HELENA JACSA ORSFINO LEITE BORGES, OFICIAL
CPF: 02.923.040.25 - OLS - RJ 1985
Av. da Con. Lda. Nº 1105 - Centro, Russas - CE, CEP 62.901-000, Fone: (85) 3411-2142

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST. CA DA VERDADE DOU FE
RUSSAS, 18/03/2019 10:12:12

MARIA DE FATIMA YACIEL CHAVES MAMA - ESCRIVENTE
Emc: R\$ 1,32 TJ R\$ 0,08 FAADEP R\$ 0,07 FRMP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selo R\$ 0,51 1013 R\$ 2,85



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 04.928.492/0001-30 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 26/02/2002
NOME EMPRESARIAL VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA.			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) LOCAVALE			PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 77.11-0-00 - Locação de automóveis sem condutor			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO ROD BR 116 KM 182		NÚMERO 3751-A	COMPLEMENTO
CNPJ 62.900-000	BAIRRO/DISTRITO ZONA URBANA	MUNICÍPIO RUSSAS	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO riovale@brisanet.com.br		TELEFONE (88) 4111-010	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) <small>*****</small>			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL <small>*****</small>		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL <small>*****</small>	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 28/05/2019 às 11:52:56 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190289278

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO INGA, SN - Russas/CE - CEP 62900-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2003030018892 - SSP-CE.

Data e Local do Acidente : 02/12/2018 - RUSSAS, CE.

Data e Local do Exame : 07/06/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RUSSAS, TRANSFERIDA PARA O IJF E, POSTERIORMENTE, PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

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

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/SEVERA DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

DEBILIDADE SEVERA DO OMBRO DIREITO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

OMBRO DIREITO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

[CONSULTA DE EMPRESAS AUTORIZADAS](#)[SERVIÇOS AO CIDADÃO](#)[INFORMAÇÕES AO PÚBLICO](#)[INFORMAÇÕES AO MERCADO](#)[ACESSO À INFORMAÇÃO](#)[A SUSEP](#)[CONSULTA DE PRODUTOS](#)[LICITAÇÕES](#)[ESTATÍSTICAS DO MERCADO](#)[ATOS NORMATIVOS](#)[ORIENTAÇÕES DE NORMATIVOS](#)[LINKS ÚTEIS](#)**INFORMATIVO**

RECEBA ATUALIZAÇÕES DA SUSEP

**NORMAS**

EM CONSULTA PÚBLICA

Dados da ReclamaçãoProtocolo:
2369721/2019Situação:
Encaminhamento automáticoVia:
InternetReclamada:
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.Data:
26/04/2019 13:09:09**Dados do reclamante**Segurado:
FRANCISCO SERGIO DA SILVA
CPF/CNPJ:
635.463.103-49UF:
CEARÁ**Formas de contato**E-mail:
jeffersonvalney@hotmail.comEndereço:
SÍTIO INGA, SNBairro:
PITOMBEIRACEP:
62.900-000Cidade:
RUSSAS**Dados da denúncia**

Assunto:

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

SR ANALISTA, ESTOU IMPOSSIBILITADO DE APRESENTAR A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, UMA VEZ QUE O MESMO, ENCONTRA-SE DESAPARECIDO. SOLICITO DA SEGURADORA LÍDER UMA ALTERNATIVA PARA A CONTINUIDADE DA REGULAÇÃO DO MEU PROCESSO, VISTO QUE, NÃO POSSO SER PREJUDICADO POR UMA PENDÊNCIA QUE DEPENDE DA APRESENTAÇÃO POR TERCEIROS. FICO A DISPOSIÇÃO DE PRESTAR OS DEVIDOS ESCLARECIMENTOS AO AUDITOR DA SEGURADORA LÍDER

Investprev Seguradora S/A

29 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 8914556164

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

4011772637

8914556164

THIA 31

272542010

0000000000

VALE DO JAGUARIBE LOCAÇÃO LTDA
RCD BR 116 KM 162 3751A
FRENTO CENTRO
63900000 RUSSEAS CE

04328492000130

NVB6348

VALE DO JAGUARIBE C N LTDA

*****/CE

9C2KDB4Z098505459

RAE/MOTOCICLO/NAO APETIC

GASOLINA

HONDA/NXR150 PROS ES

2809 2009

2E/6CV/149CC

PARTIC

VERMELHA

MOTOR: KD04E29505459

RUSSEAS

LOCAL

DATA

30/12/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003030018692 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2011

NOME
FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA
 PADRÃO
FRANCISCO BOMES DA SILVA
MARIA DAS MERCE NATOS SILVA

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO
RUSSAS - CE **20/08/1977**

DOE ORDEM
 CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: VILA SERPA TERMO: 5.206 FOLHA: 215V
 LIVRO: A-4 AQUIRAZ - CE
 OFF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P. 122

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E TÉCNICAS BIOMÉTRICAS

Polícia Direto

Francisco Sérgio da Silva

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CÓDIGO DE CONTROLE
6C30.1904.AA28.9212

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:48:23 do dia 30/03/2012 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas



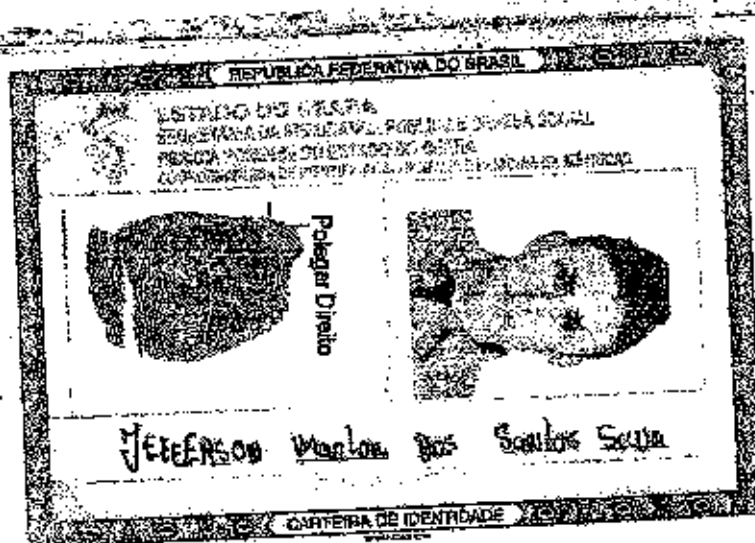
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
635.463.103-49

Nome
FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Nascimento
20/08/1977

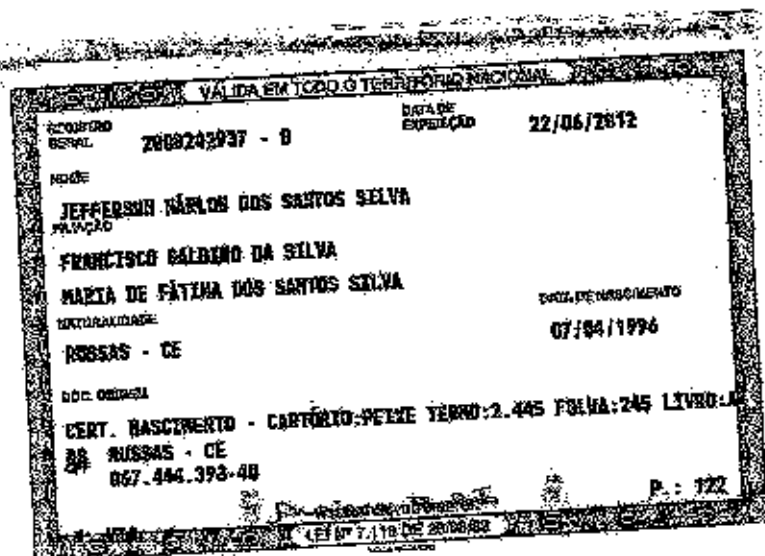
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289278

Vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000020529-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

**SR ANALISTA,
SOLICITAMOS ANALISAR A DOCUMENTAÇÃO
MÉDICA QUE TRATA DO DANO NO OUVIDO
(DIREITO E ESQUERDO) OS QUAIS NAO
FORAM AVALIADOS NO PAGAMENTO DE
R\$ 2531,25 (AVALIADO APENAS OMBRO)**

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



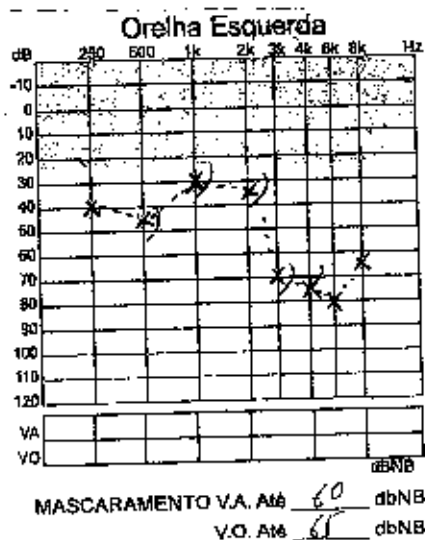
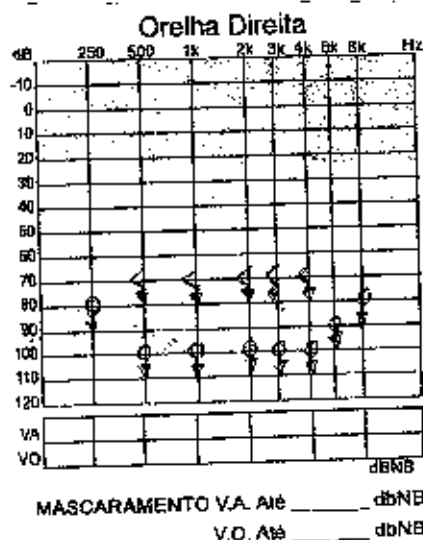
POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome Francisco Junior da Silva
Solicitação Dr. Wagner Pereira
Idade 51 anos Data 14-01-19
Nº DO PRONTUÁRIO: 1999844 DATA DA CALIBRAÇÃO: 31/12/2012
AUDIÔMETRO: Itera II IMITÂNCIÔMETRO: OTOFLEX 100

AUDIOMETRIA TONAL

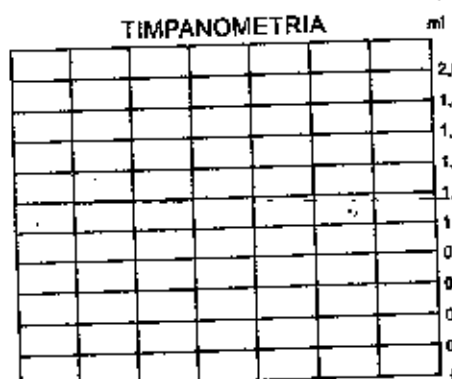


Logaudiometria

LRF		LDV	
OD	dB	OD	<u>80</u> dB
OE	<u>35</u> dB	OE	dB
MASC.		MASC.	
OD	dB	OE	dB
OE	dB	OE	dB
IPRF			
OD	dB	MONO	%
		DISS.	%
OE	<u>35</u> dB	MONO	<u>76</u> %
		DISS.	<u>80</u> %
MASCARAMENTO			
OD	dB		
OE	dB		

IMITÂNCIOMETRIA

TIMPANOMETRIA



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
Pressão		
Complexo (vol. em ml)		
Posição Neutra		
+200 daPa		

REFLEXO ESTAPEDIANO () IPSI () CONTRA

	500	1000	2000	3000	4000	Hz.
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÕES: Perda auditiva sensorial de grau leve a moderada na orelha direita e de grau leve a severa na orelha esquerda.

Dr. Wagner Vargas Pereira
Fonopneumologista
CRF 9969 - CE

Rua Felipe Santiago Lima 191 - Cidade Universitária - Russas/CE
CEP: 62.900-000 Fone: (88) 3411-2529 policlínica@cpsmrussas.com.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Fra Lúcio A. Silva

Atendimento Médico

Paciente portador de perda
auditiva neurosensorial progressiva
à direita e leve à esquerda.
Tratamento é continuando com o uso
de aparelho auditivo.

Data: 12/04/19

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Dr. Vinicius Belchior
Médico Otorrinolaringologista
CRM 11358 / RQE 6094

Un SUS Web - UNIMED - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Selecção da Solicitação de Procedimento Ambulatorial

SELECÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Selecção da situação
Selecção da solicitação
Qualificação da solicitação
Anexar solicitação
Responder pendência
Pressão do boleto
Enviar confirmação de
Andamento via celular
Sumo do envio confirmação de
Andamento via celular
Solicitação finalizada com sucesso

Clique no nome do paciente da solicitação desejada para continuar.

SITUAÇÃO

AGUARDANDO REGULAÇÃO

PROCEDIMENTO

ESPECIALIDADE

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nº SOLICITAÇÃO	PACIENTE	CONTATO	PROCEDIMENTO	PROF. SOLICITANTE	DATA/HORA	APAC
240006182497	FRANCISCO SERGIO DA SILVA	(88)99195374	0301010072-CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA) [GERAL]	63552507353-VINICIUS BFI CHIOR LIMA	08/08/2014 10:00	NA

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

Imprimir

FICHA DE REFERÊNCIA EXTERNA

Unidade de Origem: Policlínica Dr. José Martins de Santiago - Russas

Distrito Sanitário: RURAS

Nome: FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA Prontuário Nº _____
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 20/08/77 Ocupação _____
Endereço: STADO INGA Bairro RURAL Fone: 8819 5374

Motivo do Encaminhamento: PERDA AUDIÇÃO, ATROFIA DE BILHES, BRUNISMO

Resultado de Exames: 1A -> PROPRIO; E -> FUSOS

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Dr. Vinicius Pereira

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: RECUP DE AUDI Profissional: _____

Unidade de Referência: RUPEP Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA REFERENCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico principal: _____ C/D _____

Secundário 1 _____ C/D _____

Secundário 2 _____ C/D _____

Proposta de Conduta Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº do Registro

Função

Data

SR ANALISTA, SOLICITAMOS A AVALIAÇÃO DA PERDA AUDITIVA UMA VEZ QUE A INDENIZAÇÃO SE BASEOU APENAS NO OMBRO

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

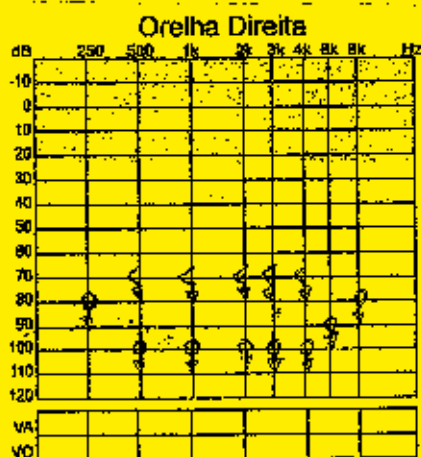
Nome Francisco Sergio da Silva
Solicitação Dr. José Martins de Santiago
Idade 51 anos Data 14.02.19

Nº DO PRONTUÁRIO: 299884 DATA DA CALIBRAÇÃO: 31/12/2012

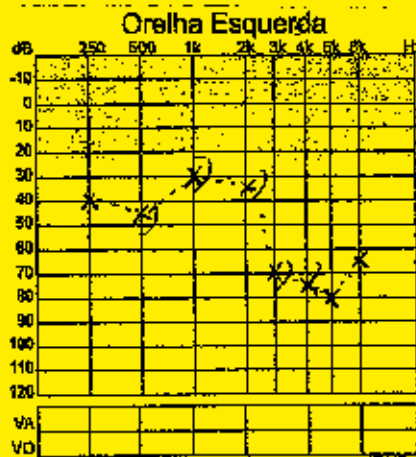
AUDIÔMETRO: Itera II

IMITANCIÔMETRO: OTOFLEX 100

AUDIOMETRIA TONAL



MASCARAMENTO V.A. Até 60 dB NB
V.O. Até 60 dB NB

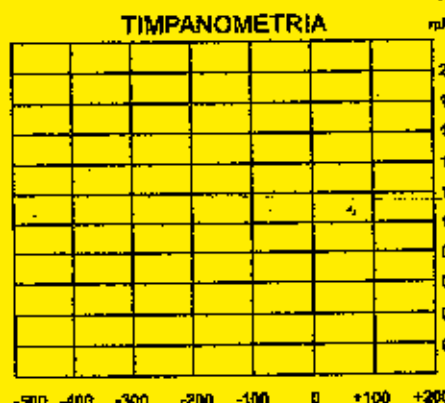


MASCARAMENTO V.A. Até 60 dB NB
V.O. Até 60 dB NB

Logaudiometria

LRF		LDV	
OD	dB	OD	dB
OE	dB	OE	dB
MASC.		MASC.	
OD	dB	OD	dB
OE	dB	OE	dB
IPRF			
OD	dB	MONO	%
OE	dB	MONO	%
MASCARAMENTO			
OD	dB		
OE	dB		

IMITANCIOMETRIA



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
Pressão		
Complex (vol. em ml)		
Posição Neutra		
+200 daPa		

REFLEXO ESTAPEDIANO () DIREITO () ESQUERDA						
	500	1000	2000	3000	4000	Hz.
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÃO: Perda auditiva sensorial bilateral de grau profundo
a esquerda da orelha direita e de grau profundo
severa na orelha esquerda.

Dr. Wagner Vargas Ferreira
Fonoaudiólogo
CRFA 39969 - Ce

Rua Felipe Santiago Lima 191 - Cidade Universitária - Russas/CE
CÉP: 62.900-000 Fone: (88) 3411-2529 policlinica@cpsmrussas.com.br

Investprev Seguradora S/A

20 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **Fernando Augusto da Silva**

Prontuário Nº

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **20/03/77** Ocupação:

Endereço:

Fone:

Motivo do Encaminhamento: **Paciente, 42 anos, vítima de acidente**

motorbista (queda de moto) há 2 horas, paciente

Resultados de Exames: diagnóstico, paciente com contusão na região

apresentou episódio de vômito com sangue.

Foto SRI + Glucose a 50% - 2FA + Pálido 2ml,

Impressão Diagnóstica: TCE em Unido.

Obs: paciente se queixa de dor sem capacidade,

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência: **IJE**

Procedimento: **TCE em Unido sem contusão** Profissional:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

Paciente: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins e de acordo com os dados contidos em seu prontuário que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 09/12/2018, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE, por acidente de moto, sem capacete, com perda da consciência.

Atesto também que o mesmo foi transferido para o Serviço de Traumato-ortopedia, com 15 pontos na ECG

Atesto finalmente, que o mesmo recebeu alta hospitalar do ponto de vista neurológico, com orientação para procurar Ambulatório de otorrinolaringologia do IJF.

Fortaleza, 07 de janeiro de 2019


Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732

1. Via Branca - Unidade Executante
2. Via Amarela - Usuário

FICHA DE REFERÊNCIA EXTERNA

Unidade de Origem: Policlínica Dr. José Martins de Santiago - Russas

Distrito Sanitário: Russas

Nome: FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA Prontuário Nº _____
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 20/08/77 Ocupação _____
Endereço: SÍTIO INCA Bairro: RURAL Fone: 0819 5394

Motivo do Encaminhamento: Exat. Antrop. Atividade física

Resultado de Exames: 10 -> Normal; E -> FUSION

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Dr. Vitorius B. S. Silva

Médico Ortopedista
CREMEC 1558 e RQE 0894

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____

Função _____

Data 17/04/19

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: EXAT. DE ADI Profissional: _____

Unidade de Referência: RUSSAS Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico principal: _____ C/D _____

Secundário 1 _____ C/D _____

Secundário 2 _____ C/D _____

Proposta de Conduta Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº do Registro _____

Função _____

Data _____

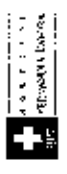
27/04/19 13/04/19

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HCSK	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
FELISIO SILVA	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
110103342181011700064	20/08/1977
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - SEXO
FELISIO SILVA	MASC [X] FEM []
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO
S. João - Pádua	8189191915374
13 - CID - CID 10	14 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
K23.0	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Pense e o paciente com dor no T e g. iniciais da neu - pte	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
TTU	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
07	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
Paciente do tipo 247A	
21 - CID 10 PRIMÁRIO	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Paciente com	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
() CNES () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - () OUTRO
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAS DA EMPRESA
41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA, NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078
FORTALEZA - CE



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA, NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078
FORTALEZA - CE

LARANJA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24H - RUSSAS

URL: 18390002206

1800306989		03/12/2018 00:18:28		FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA		NOTURNO		3	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
FRANCISCO SERGIO DA SILVA				20/08/1977		41 A 3 M 14 D		160339280170004		63548310349	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		2003030018892SP CE		19/12/2011		M		SOLTEIRO (APARDA)		RUSSAS - CE	
Mãe				Pat		Contato		Ocupação		Agricultor (A)	
MARIA DAS MERCÊ MATOS SILVA				FRANCISCO GOMES DA SILVA		(88) 98461-8265					
Endereço				SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
CONSULTA		URGÊNCIA				PSF - PSF - ING				110 X80	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:					
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				JEFFERSON.AO					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								OSC		TOTAL	
PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM								AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h											
Paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de no to, do. 112 do; nega dor aguda;											
Exame Físico											
09:30 Paciente, apresentar episódios de hematemese;											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
① Rx. Tórax AP, abdô AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!						00:30					
② Glicose a 50% - ZFA, EV						00:30					
③ Plasil 2 ml + AD, EV.						00:30					
④ Paracetamol - ZFA + AD, EV SUSPENSÃO						00:30					
Condição											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório											
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)											
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Internação											
<input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML, Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Dr. André Augusto											
Médico											
CRM: 17812											
Impresso por: graca.os											
Data Hora: 03/12/2018 00:23:12											
L di: de am hto											
para											
validação por TC -											

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Fu Lúcio A. Lima

Atenção Médica

Paciente portador de ADEM
Aguda neurodegenerativa progressiva
e demência leve a moderada.
Tratamento é considerado eficiente
ambulatorial.

Data:

12/04/12

Dr. Vinícius Belchior
Médico Otorrinolaringologista
CRM 13581 RQE 6094

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome Francisco Sergio da Silva
Solicitação Dr. José Martins de Santiago
Idade 51 anos Data 14.02.19

Nº DO PRONTUÁRIO: 299884

DATA DA CALIBRAÇÃO: 31/12/18

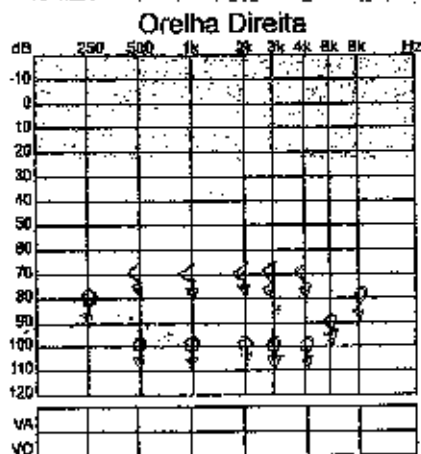
Investprev Seguradora S/A

AUDIÔMETRO: Itera II

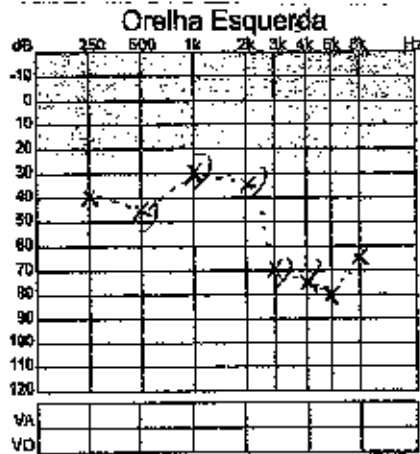
IMITANCIÔMETRO: OTOFLEX 100

24 ABR 2019

AUDIOMETRIA TONAL



MASCARAMENTO V.A. Até 60 dB NB
V.O. Até 60 dB NB



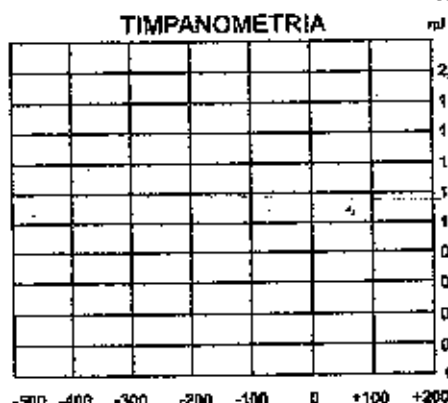
MASCARAMENTO V.A. Até 60 dB NB
V.O. Até 60 dB NB

Logaudiometria

LRF		LDV	
OD	dB	OD	dB
OE	dB	OE	dB
MASC.		MASC.	
OD	dB	OD	dB
OE	dB	OE	dB
IPRF			
OD	dB	MONO	%
OE	dB	MONO	%
MASCARAMENTO			
OD	dB		
OE	dB		

CNPJ: 42.366.302/0001-28

IMITANCIOMETRIA



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
Pressão		
Complac (vol. em ml)		
Posição Neutra		
+200 daPa		

REFLEXO ESTAPEDIANO () DIREITO () ESQUERDA						
	500	1000	2000	3000	4000	Hz.
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÃO: Perda auditiva sensorial bilateral de grau leve a moderada na orelha direita e de grau leve a moderada na orelha esquerda.

Assinatura: Dr. Wagner Vargas Ferreira
Foniatra
CRF 19949 - Ce

Rua Felipe Santiago Lima 191 - Cidade Universitária - Russas/CE
CÉP: 62.900-000 Fone: (88) 3411-2529 policlinica@cpsmrussas.com.br



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **Fernando Augusto da Silva**

Prontuário Nº

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **20/03/77** Ocupação:

Endereço:

Fone:

Motivo do Encaminhamento: **Paciente, 42 anos, vítima de acidente**

motorbista (queda de moto) há 2 horas, paciente

Resultados de Exames: diagnóstico, paciente com contusão na região

apresentou episódio de vômito com sangue.

Foto SRI + Glucose a 50% - 2FA + Pálido 2ml,

Impressão Diagnóstica: TCE em Unido.

Obs: paciente se queixa de dor sem capacidade,

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência: **IJE**

Procedimento: **TCE em Unido sem contusão** Profissional:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Investprev Seguradora S/A

Resultado do(s) Exame(s):

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

Paciente: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins e de acordo com os dados contidos em seu prontuário que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 09/12/2018, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE, por acidente de moto, sem capacete, com perda da consciência.

Atesto também que o mesmo foi transferido para o Serviço de Traumato-ortopedia, com 15 pontos na ECG

Atesto finalmente, que o mesmo recebeu alta hospitalar do ponto de vista neurológico, com orientação para procurar Ambulatório de otorrinolaringologia do IJF.

Fortaleza, 07 de janeiro de 2019

Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1. Via Branca - Unidade Executante
2. Via Amarela - Usuário

FICHA DE REFERÊNCIA EXTERNA

Unidade de Origem: Policlínica Dr. José Martins de Santiago - Russas

Distrito Sanitário: Russas

Nome: FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA Prontuário Nº _____
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 20/08/77 Ocupação _____
Endereço: SÍTIO INCA Bairro: RURAL Fone: 0819 5394

Motivo do Encaminhamento: Exat. Antrop. Atividade física

Resultado de Exames: 10 -> Normal; E -> Fluido

Investprev Seguradora S.A.

24 ABR 2019

Conduta já Realizada:

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Impressão Diagnóstica: Dr. Vitorius B. Silva

Médico Ortopedista
CREMEC 1558 e RQE 0894

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Exat. de Ad.I Profissional: _____

Unidade de Referência: RUSSAS Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico principal: _____ C/D _____

Secundário 1 _____ C/D _____

Secundário 2 _____ C/D _____

Proposta de Conduta Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº do Registro

Função

Data

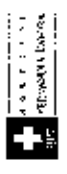
27/04/19 13/04/19

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HCSK	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
FELISIO DA SILVA	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
11010334218101700064	20/08/1977
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - SEXO
FELISIO DA SILVA	M
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO
S. João - Pádua	81891611
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CID, IBSI MUNICÍPIO
KURBO	
15 - CNPJ: 42.386.302/0001-28	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Pense e o paciente com dor no T e g. iniciais da neu - pte	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
TTU	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
07	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRIMÁRIO
Pré-eclâmpsia	E47A
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Pense mnt	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
() CNIS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 - Nº DO BILHETE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAS DA EMPRESA
41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA, NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA, NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

Investprev Seguradora S/A
24 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-88

Investprev Seguradora S/A
Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Neyna - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br
Versão © 2015 SARAH Vt. 3.6.2.6

Investprev Seguradora S/A
Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Neyna - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br
Versão © 2015 SARAH Vt. 3.6.2.6

LARANJA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24H - RUSSAS

URL: 18390002206

1800306989	03/12/2018 00:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO	CLÍNICA MÉDICA	NOTURNO	3				
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
FRANCISCO SERGIO DA SILVA		20/08/1977	41 A 3 M 14 D	160339280170004	63548310349	00010804			
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE		2003030018892SP CE	19/12/2011	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	RUSSAS - CE	BRASIL	
Mãe		Pai		Contato					
MARIA DAS MERCÊ MATOS SILVA		FRANCISCO GOMES DA SILVA		(88) 99461-8265					
Enfermeiro		Ocupação							
SÍTIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE		AGRICULTOR (A)							
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tempo	Passo	Pressão		
CONSULTA		URGÊNCIA		PSF - PSF - ING					
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:					
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA		JEFFERSON AO					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM		OSC		TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)h									
Paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de no to, do. 112 do; nega dorias;									
Exame Físico		09:30 Paciente, apresentar episódios de hematemese;							
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
① Rx. Tórax AP, abdô AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!									
② Glicose a 50% - ZFA, EV		00:30							
③ Plasil 2 ml + AD, EV.		00:30							
④ Ranitidina - ZFA + AD, EV SUSPENSÃO		00:30							
Condição		Danielely Martins Correia		Ambulatório					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		TEC. RADIOLÓGICA		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		CR. 18/12/2018		<input type="checkbox"/> Internação					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar				Data e Hora da Saída/Alta					
<input type="checkbox"/> Transferência para:				03/12/18 03:58					
óbito		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML, Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: graca.os		Data Hora: 03/12/2018 00:23:12							
L d: de am hto		para							
validação por TC -									

RECEITUÁRIO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

NOME DO PACIENTE:

Fu Lúcio A. Lima

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atestado Médico

Paciente portador de AKA
Agitação neurodegenerativa progressiva
e ansiedade leve a moderada.
Tratando com medicação adequada
ambulatorial.

Data: 12/04/19

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Dr. Vinícius Beletto
Médico Otorrinolaringologista
CRM 13581 RQE 6094

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS SILVA DO NASCIMENTO

RG nº 1023217, data de expedição 05 / 09 / 2018,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 114.367.193-72, com
domicílio na cidade de RUSSAS, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. IRMÃ MARIA DA GRAÇA, nº 1522,

complemento LOJA, 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 SÉRGIO DA SILVA, cujo o condutor era
RAIMUNDO JEFERSON DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES

Ano: 2009 / 2009

Placa: NVR 6348

Chassi: 9C2KD04209R305459

Data do Acidente: 02 / 12 / 2018

Local e Data: RUSSAS/CE, 15 DE MAIO DE 2019.

Investprev Seguradora S/A

28 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Carlos Silva do Nascimento
Assinatura do Declarante

Raimundo Jefferson de Oliveira

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

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas
RUA MARIA DO CARMO, 1522 - RUSSAS - CE
CNPJ: 42.366.302/0001-28
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CARLOS SILVA DO NASCIMENTO. EM TEST. 0000 DA VERDADE. DOU FE. RUSSAS
17/05/2019 09:55:30

JARMEN CRISTIANE CASSIA DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE PÚBLICA
CPF: 03.273.121-75 - RG: 01.000.000-00 - RSD: 01.000.000-00



» Dados da Reclamação

Protocolo:
2370159/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A

Data:
02/05/2019 14:39:04

» Dados do reclamante

Segurado:
FRANCISCO SERGIO DA SILVA

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
635.463.103-49

» Formas de contato

E-mail:
jeffersonvolney@hotmail.com

Endereço:
SITIO INGA, SN

Bairro:
PITOMBEIRA

CEP:
62.900-000

Cidade:
RUSSAS

Investprev Seguradora S/A

03 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

» Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

SR ANALISTA, SOLICITAMOS QUE O PROCESSO SEJA IMPULSIONADO PARA A SEGURADORA LIDER, ONDE A MESMA DARÁ O PARECER FINAL SOBRE O PROCESSO, VISTO QUE A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO PODERA SER APRESENTADA, O VEICULO É DE UMA EMPRESA CHAMADA "VALE MOTO DO JAGUARIBE LOCAÇÃO LIMITADA" A QUAL FOI ENCERRADA, O DONO MORA ATUALMENTE NOS ESTADOS UNIDOS, DE MODO QUE A VÍTIMA NÃO PODE SER PENALIZADA POR UMA PENDENCIA QUE DEPENDE DE TERCEIROS.

DECLARAÇÃO DO GARUPEIRO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA
RG: 2003030018892, CPF: 835.483.183-49, residente e
domiciliado na ST. INGÁ, S/N
na cidade de RUSSAS, no estado de CEARÁ
venho por meio deste, informar que sofreu um acidente de motocicleta de
propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do
veículo informar tendo em vista que o mesmo está em local incerto, razão pela
qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo no
qual eu era garupeiro(a).

Nome do proprietário: VALE DO JAGUARIBE LOCAÇÃO LTDA

Veículo: HONDA / NXR 150 BROS ES

Ano: 2009 / 2009

Placa: NVE 6348

Chassi: 9C2KD04209R505459

Data do acidente: 02 / 12 / 2018

Investprev Seguradora S/A

29 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos
órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da
indenização do seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará
nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data RUSSAS/CE, 16 / 04 / 2019.



Francisco Sérgio da Silva

[Assinatura]



Cartório Leila Borges - 3º Ofício de Russas

- ELENA LADIA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIALA

CNPJ: 02.762.313/0001-87 - CNIS: 017862

Av. Itália, nº 100 - Centro, Curitiba - CE CEP 82.000-000, TEL 00133333333

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO SÉRGIO DA
SILVA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. RUSSAS. 16/04/2019
10:34:27

RENATO VACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBST. TÚC

BR - RS 2 - 911 - RS 012 RACER - RS 014 PRIMP - RS 01459 - RS 03850 - RS 1101 - RS 435

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/biblioteca/web/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jefferson Marion dos Santos Silva inscrito (a) no CPF 067.444.393 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 635.463.103 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidéz da Vítima FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 635.463.103 / 49 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 Líder-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 Rua Dr Daltro Holanda		Número 2336	Complemento casa
Bairro Guanabara	Cidade Russas	Estado Ce	CEP 62900-000
Email jeffersonvolney@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (88)9.88443244	Telefone celular (DDD) (88)9.94861623

Russas/CE 16 de ABRIL de 2019

Local e Data

Jefferson Marion dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO GARUPEIRO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA,
RG: 2003030018892, CPF: 835.463.103-49, residente e
domiciliado na ST. INGÁ, S/N
na cidade de RUSSAS, no estado de CEARÁ
venho por meio deste, informar que sofreu um acidente de motocicleta de
propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do
veículo informar tendo em vista que o mesmo está em local incerto, razão pela
qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo no
qual eu era garupeiro(a).

Nome do proprietário: VALE DO JAGUARIBE LOCAÇÃO LTDA
Veículo: HONDA / NXR 150 BROS ES
Ano: 2009 / 2009
Placa: NVB 6348
Chassi: 9C2KD04209R505459
Data do acidente: 02 / 12 / 2018

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos
órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da
indenização do seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará
nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

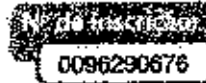
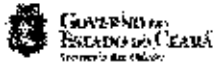
Local e data RUSSAS/CE, 10 / 04 / 2019.



Francisco Sérgio da Silva



2º Via



DADOS DO CLIENTE

Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

End. Deliv.: RU DO R DALTRIO HOLANDA, 2306, A, GUANABARA

Cidade: RUSSAS

CEP: 62.900-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Cód. 752

Série: 003
Subsérie:Quadro: 0147
Subquadro:

Lote: 0338

Comp: 0001

CONSUMOS

Residência: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

EXONERAÇÕES POR DEBÍTO

Serviço: Modificação | Leitura Anterior: 1405 | Leitura Final: 1414 | Medição: 9 | Média Mensal: 9

DADOS

Lectura Atual: 04/02/2019

Faturação: 26/02/2019

Lectura Anterior: 03/12/2018

Lectura Anterior: 04/02/2019

Período de Faturação: 06/02/2019

Lectura Final:

QUALIDADE DA ÁGUA ENTREGUE A: 12/2018

Nº de Análises	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	E. Coli
12/2018	048	048	005	048	008
11/2018	048	048	008	048	000
10/2018	048	048	009	048	000

DEMONSTRATIVO DE DIFERENÇAS COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

EMISSION: LOJA RUSSAS 26/02/2019 11:30:38

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA 24,40
Multa de 2% 0,48
Juros de 0,33% ao dia 0,18

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VENCIM.

Agência	Agência	Empreendimento
FEV/2018	3	0
MAR/2018	5	0
ABR/2018	5	0
MAI/2018	8	0
JUN/2018	5	0
JUL/2018	7	0
AGO/2018	8	0
SET/2018	15	0
OCT/2018	10	0
NOV/2018	7	0
DEZ/2018	8	0
JAN/2019	7	0

TAXAS E JUROS DE SERVIÇOS

Descrição Valor (R\$)
FIS 0,24
COFINS 1,16

SOMANDO

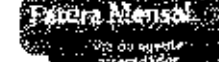
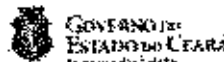
Descrição Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO 98,37
VALOR DO BÔNUS 14,30
VALOR TOTAL A PAGAR 25,07

MÊS/ANO
02/2019VENCIMENTO
01/03/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
25,07

É obrigação do consumidor assinar seu recibo assinado junto à Cagece, conforme prescrições das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: 0800 275 8838, ou acesse o site: www.arce.ce.gov.br ou no endereço: Cagece - Rua da Cidadania, 3101-1910, 5º andar, 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: 0800 275 8838.

Agências Reguladoras: ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica, ANEP - Agência Nacional de Energia Petróleo, ANEAS - Agência Nacional de Energia Saneamento Ambiental, ANEAS - Agência Nacional de Energia Saneamento Ambiental, ANEAS - Agência Nacional de Energia Saneamento Ambiental, ANEAS - Agência Nacional de Energia Saneamento Ambiental.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0096290676 Código de Propriedade:

Mês/ano: 02/2019

Cód. 752

Série: 3
Subsérie:Quadro: 0147
Subquadro:

Lote: 0338

Comp: 0001

Cidade: RUSSAS

Vencimento: 01/03/2019

Valor (R\$): 25,07

8265000000-3 25070009200-1 09629067601-2 01001531025-2



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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020529-7

Nr. da Autenticação 356CD38DC4885F14