

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, 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.**

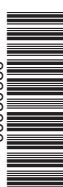
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 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



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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 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, 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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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 médica-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



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

Rio de Janeiro, 03 de 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

Carta nº 14753240



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 - Orgão 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? [X] Sim [] Não

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

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

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 ás 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

Valorização 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

Valorização 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

1367578

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº do documento que aparece em sua fatura.

Até 10 dias de Emissão
Foi emitido pela lei Nº 10.438
de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Volpi Vining, 180
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 00.04729.7000-70 | DGR 06.106.840-3

enel

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO 0 | SÉRIE 0-4 | N°)

Rota 37 25006 85 011000 - 0 Data de Emissão 23/01/2019
 Nome JOSE JULIAO DA SILVA
 End. Ponto SITIO INGA 00000
 PITOMBEIRA - RUSSAS - 629020000
 Medidor 6791399 Posto 0000 0000
 Caso B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 840026503-00 CGF
 Nome do Responsável

DETALHAMENTO			INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Aparecimento	Previsão Próxima Leitura	Vigor a legenda no verso desse boleto.						
			Conjunto	Rússas					
			Mês	(Ano) 2018	5.60	18,77			
Jan/2019	21/02/2019	21/02/2019							
ICMS									
Base de Calculo IRB	Alequota	Valor do Imposto							
			DIC	13,44	36,86	41,76	5,12	4,66	6,48
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			RC	7,32	15,64	39,93	2,03	0,00	8,00
			DMIC	5,53			5,34		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO:

Lata Atual	Lata Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)
EP 23424	23322	1,39	121	2,00	1,11	0,3405
						43,94

VALOR CONSUMO DO MES

43,94

Investprev Seguradora S/A

MULTA MORATORIA REF 10/2018

1,59

JUROS DO MES

0,92

INDEMNIZAÇÃO MENSAL DMIC

-0,14

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VENCIMENTO 01/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 46,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

Consumo	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Enegia	22,81										
Transmissão	1,16										
Dist. Edital	0,46										
Encargos Sistêmicos	3,46										
Trânsito (176 FIB-1076)	2,22										
Total	43,94										

CONSUMO COMPROVANTE - ENERGIA DE CO2 (kg/kWh)

Consumo que gerou poluição pelo consumo de energia elétrica.
 Enegia kg (CO2) | Compensada kg (CO2) | Complemento Ecológico (%CO2)

47,34	0,00	0,00
-------	------	------

CONTAS EM ATRASO

Preço Atual	DEBTOS ANTERIORES
ATUALIZAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA	
Preço Atual constante em recesso contratos contínuos anuais.	
Seus e outras taxas de tributos, impostos e encargos que compõem a tarifa	
que possibilitam o fornecimento de energia elétrica, em 15 dias	
após a sua constatação, conforme praticado no Reg. ANEEL-41418-para-	
12/2018/199/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/20	

03/12/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

5500.4 K.14

P: 112

SAT: 98

LARANJA

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

ERL: 18390002206

800306989	03/12/2018 00:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MEDICA	NOTURNO	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Pronunciado
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	Raça/Cor
IDENTIDADE	20030300188926SP CE	19/12/2011	M	SOLTEIRO(A)	PARD	RUSSAS - CE
Mãe						Nacionalidade
Maria das Mercês Matos Silva						BRASIL
Endereço						Contato
SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE						Ocupação
						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	Professional do Aland,	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
CONSULTA	URGÊNCIA		PSF - PSF - ING			
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTÂNEA					JEFFERSON.AO
Quelxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomática Respiratória <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)	paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de muro, d.o. 12x do ; nega alergias; Exame Físico 09:30 Conforme, paciente apresenta 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, baba AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!		
② Glicose a 50% - ZFA, EV	00:30	
③ Flutril 2 ml + AD, EV;	00:30	
④ Ranitidina - ZFA + AD, EV (SUSPENS)	00:30	

Conduta	Danielly Mendes Ferreira	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Relevia <input type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 03/12/18 06:03:58	

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
	Dr. André Oliveira Médico CRM/CE 17812

Impresso por: graca.es Data Hora: 03/12/2018 00:23:12	Ldi: levar o boleto para validação por TL -
--	---



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



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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), 20. 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 Sítio Ingá, Sítio 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) : <u>Vivaldo</u>	Investprev Seguradora S/A
DEPOENTE : <u>Raimundo Jeferson de Oliveira</u>	24 ABR 2019
ESCRIVÃ(O) : <u>Davi Araújo de Santiago</u>	CNPJ: 42.366.302/0001-28



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 JOCILE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA**
Nascimento: **20/08/1977** CPF: **635.463.103-49**
RG: **2003030018892** Orgão Emissor: **UF: CE**
Filiação: **MARIA DAS MERCE MATOS DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **SITIO INGÁ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone: **Investprev Seguradora S/A**

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 Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** N.P.N.: **02.866.302/0001-28**
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 Sérgio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Luisita

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 15/04/2018 15:52:07

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/04/2018 15:52:07

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sítio ou AEL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	635 463 103 49	FRANCISCO SERGIO DA SILVA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PÁGINA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/USUÁRIO) - CIRCULAR SUPER Nº 45/2012

Nome completo: FRANCISCO SERGIO DA SILVA			CPF: 635 463 103 49
Profissão: RECUSO	Endereço: SITIO INGA		Número: S/N Complemento:

Estado:	Cidade:	Estado:	CPF:
---------	---------	---------	------

E-mail: jeffersonvolney@hotmail.com	Tel.(DDD): (68) 9 8490-1623/8.8844-3344
-------------------------------------	---

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPOFAMÍLIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (23)	<input type="checkbox"/> Itaú (24)	<input type="checkbox"/> COUNTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (01)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (04)	Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20529 7
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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 sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: RUSSAS, 22/04/2019	TESTEMUNHAS
Name: _____	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	Assinatura: _____
(P) Assinatura de quem assina A RODO	
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura de Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MÓTOS

Nº do Sítio ou AEL: 635 463 103 49 Nome completo da vítima: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FONTE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (Vítima/Declarante/Assinante) - CIRCULAR SUPER Nº 45/2012

Nome completo: FRANCISCO SERGIO DA SILVA CPF: 635 463 103 49

Profissão: RECUSO Endereço: SITIO INGA Número: S/N Complemento:

Bairro: PITOMBEIRA Cidade: RUSSAS Estado: CE CPF: 62900000

E-mail: jeffersonvolney@hotmail.com Tel.(DDD): (88) 9.8490-1623/8.8844-3344

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

CONTA POUPLANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (241)
 Banco do Brasil (601) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0755

CONTA:

20529

7

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

7

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Deciso, 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 atende 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 úteis 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 sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e irreversível uma futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

UNI J. 42.500.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Entro claramente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão 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
Name: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura de Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não assinatário deverá encetar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **Necessário ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE IDONEITATÉ DE TODOS.**

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

Rio de Janeiro, 03 de 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

Carta nº 14753240



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, 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 médica-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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 03 de 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.

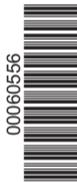
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 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



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, 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



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, 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.**

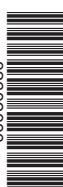
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/05/2019

Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

CPF: 067.444.393-40

Data do cadastramento: 28/05/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/04/2019

Nome: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF: 635.463.103-49

Data do cadastramento: 29/04/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA

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 Marion dos Santos Silva**
Nacionalidade: **Brasileiro** Estado Civil: **Solteiro**
Identidade: **2008242937-0** CPF: **067.444.393-49**
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 mandado; da qual figura como vítima:

FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Local e Data: **RUSSAS/CE, 18 DE ABRIL DE 2019.**


Francisco Sérgio da Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas
HELENA JACOB CRISPINOLTE BORGES - OFICIA, A
CEP: 62.900-000 RUA: RUA CRISTOVÃO COLARES, 100
Fone: (85) 32.855-2222, Cel: (85) 98.32.855-2222, Tel: (85) 21.1-2166

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. RUSSAS, 18/04/2019
10:34:27

Renato Machado da Ponte - ESCRIVÃO E SUBSTITUTO
67-2 14:38 05 013FAZER 45 014PRMMH 95 014:38 95 0,00000 P\$ 1,10 0,00 0,00 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: 02/09/2019

Valorização 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

Valorização 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

CARTÓRIO LEITE BORGES
REGISTRO DE NOTAS DE 3º OFÍCIO

Avenida Dom Lino, nº 1108 - Telefone: (085) 3411.2188

BEL. HELENA JACÉA CRISPINO LEITE BORGES
TITULAR
BEL. MARIA HELENA CRISPINO LEITE BORGES
SUBSTITUTA LEGAL
BEL. MARCELO DE SOUSA BORGES
ESCREVENTE SUBSTITUTO

LIVRO N° 016

FLS.: 053
1º TRASLADO

Procuração bastante que faz: VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA - ME, na forma abaixo:

SAIBAM, quanto o presente instrumento público de procuração virem, ou dele tiverem 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, enfim, 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

Investprev Seguradora S/A

28 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas
HELENA JACÉA CRISPINO LEITE BORGES - 03/04/14

Avenida Dom Lino nº 1108 - Centro - Fone: (085) 3411.2188

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. S. DA VERDADE, DOU FE
RUSSAS, 16/05/2019 10:12:12

MARIA DE FÁTIMA MAC E CHAVES MATA - ESCREVENTE
PRA 25 1397 28 006 PAADER 28 007 PRVYR 28 007 55 28 008 05 009 total 08 253



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 LOCACAO LTDA – ME. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada em seguida. Eu, 00000000 Carmen Cristiane da Silva de Oliveira, Escrevente Substituta, digitei, conferi, dou fé e assino em público e raso de que uso.



Em Testemunho 00000000 da Verdade

Carmen Cristiane da Silva de Oliveira
Escrevente Substituta

VALIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA	
Provedimento 08/2014	
EMOL:	R\$ 29,28
ISS:	R\$ 0,88
FRMP:	R\$ 1,48
FAADEP:	R\$ 1,48
PERM:	R\$ 3,68
SELO:	R\$ 4,76
TOTAL:	R\$ 41,60
Nº SELO:	AD013388

Cartório Leite Borges - 3º Ofício da Russas
FELIPE JACÓA DREIFUS LEITE BORGES, OFICIO A
2011-03-10 00000-09-013-01865
Avenida Dom Luiz 47100-2000, Russas - CE, CEP 62.900-000, Tel.: (61) 3411-2149

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST. 00000000 DA VERDADE DOU FE
RUSSAS, 18/03/2018 10:12:12

MARIA DE FÁTIMA VACIÉ CHAVES MAVA - ESCRIVENDE
Enc. R\$ 1,38 TJ R\$ 0,07 FAADEP R\$ 0,07 FRMP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 SIC R\$ 3,91 Total 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	
CEP 62.900-000	BAIRRO/DISTRITO ZONA URBANA	MUNICÍPIO RUSSAS	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO riovale@brisanet.com.br	TELEFONE (68) 4111-010		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) Brasil		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA			
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

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 - Orgão 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? [X] Sim [] Não

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

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

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 ás 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



[Página Inicial](#) | [seguir no susep](#) | [seu recado à gente](#) | [coordenação de atendimento ao...](#) | [faça aqui sua reclamação](#)

[CONSULTA DE EMPRESAS AUTORIZADAS](#)

[SERVIÇOS AO CIDADÃO](#)

[INFORMAÇÕES AO PÚBLICO](#)

[INFORMAÇÕES AO MERCADO](#)

[ACÉSSO 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 Reclamação

Protocolo:
2369721/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Data:
26/04/2019 11:09:09

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

» Dados do reclamante

Segurado:
FRANCISCO SERGIO DA SILVA
CPF/CNPJ:
635.463.103-49

UF:
CEARÁ

» Formas de contato

E-mail:
jeffersonvalley@hotmail.com

Bairro:
PITOMBEIRA
Cidade:
RUSSAS

Enderégo:

SITIO INGA, SN

CEP:
62.900-000

» 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

DETTRAN-CE N° 8514556164

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

4011778637	VA	001 RENAVAM	8514556164
THIA 01	27/09/2010	0000000000	NOME/ENDERECO
VALE DO JACUARIBE LOCACAO LTDA ROD BR 116 KM 152 3751A PRESTO CENTRO 63900000 RUE SANTOS CE			
04328492000130	CPFCNPJ	PLACA	MVB 6348
NOME ANTERIOR			
VALE DO JACUARIBE C M LTDA			
PLACA ANT/ATR	CHARAI	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
*****/CE	90210747098505459	RAF/MOTOCICLO/NAO APPLC	GASOLINA
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ES		2009	2009
CAPACITAC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/DCV/149CC	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: HD04E29505459		LOCAL	DATA
*****		RUE SANTOS	30/12/2010
*****		SUPPLY 2010	*****

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2003030018692	DATA DE EMISSÃO	19/12/2011
NOME	FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA		
PAI/AO	FRANCISCO RONÉS DA SILVA		
MÃE/A DAS MÃES	MARIA DAS MERCEDES SILVA		
NATURALIDADE	RUSSAS - CE		
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: VILA SEPPA TERMO: 5.206 PÓLIA: 215V		
LIVRO: A-6	AQUIRAZ - CE		
OFF			
2. VIA		P. 122	
LEI Nº 7.116 DE 20/06/83			



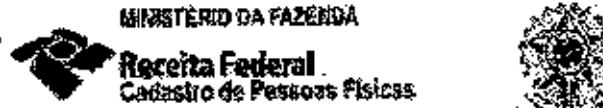
Investprev Seguradora S/A

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) digito verificador: 00



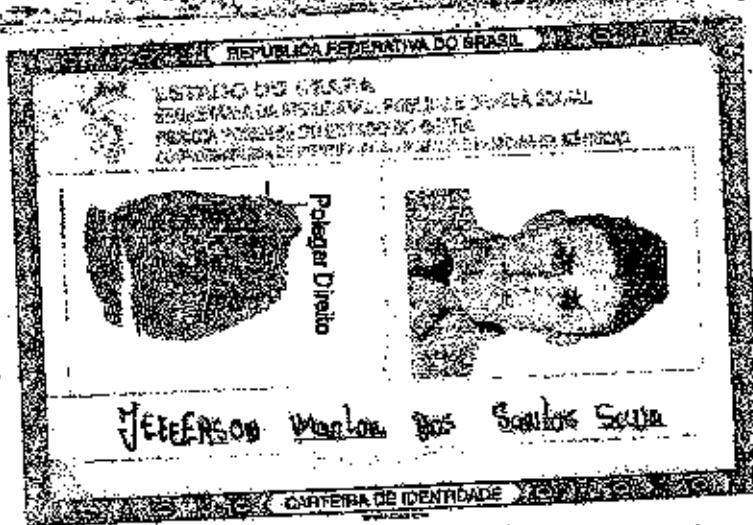
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
635.463.103-49

Nome
FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Nascimento
20/08/1977

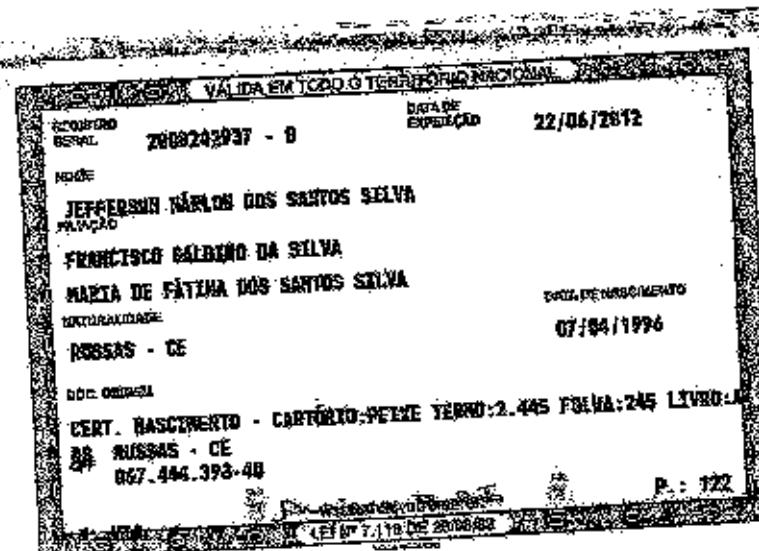
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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, 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

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome Francisco Júnior da Silva

Solicitação Dr. Júnior Peleman

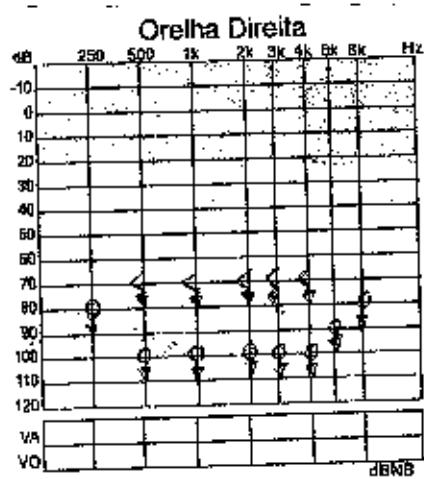
Idade 81 anos Data 14-01-19

Nº DO PRONTUÁRIO: 1999844 DATA DA CALIBRAÇÃO: 31/12/12012

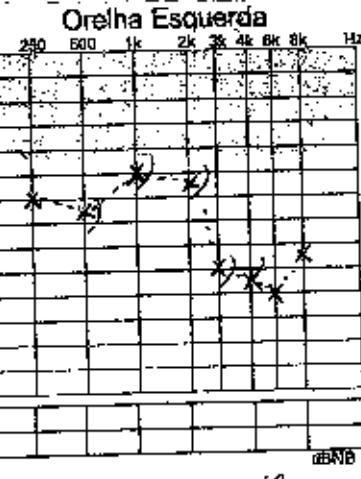
AUDIÔMETRO: Itera II

IMITANCIÓMETRO: OTOFLEX 100

AUDIOMETRIA TONAL



MASCARAMENTO V.A. Até _____ dB/NB
V.O. Até _____ dB/NB



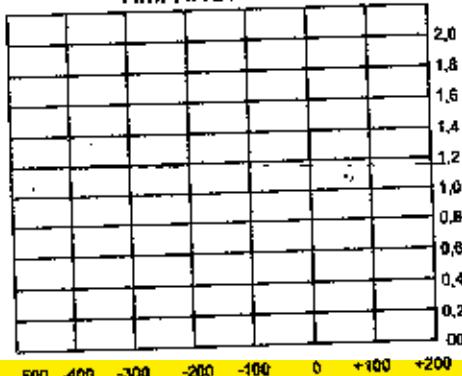
MASCARAMENTO V.A. Até 60 dB/NB
V.O. Até 61 dB/NB

Logoaudiometria

LRF	LDV
OD _____ dB	OD <u>10</u> dB
OE <u>35</u> dB	OE _____ dB
MASC.	MASC.
OD _____ dB	OD _____ dB
OE _____ dB	OE _____ dB
IPRF	
OD _____ dB	MONO <u>%</u>
OE <u>75</u> dB	DISS <u>30</u> %
MASCARAMENTO	
OD _____ dB	
OE _____ dB	

IMITANCIOMETRIA

TIMPANOMETRIA



ml

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

REFLEXO ESTAPEDIANO () IPSI () CONTRA

	500	1000	2000	3000	4000	Hz.
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÃO: Perda Auditiva Sensorineural de Grau Moderado a Profunda da Orelha Direita e de Grau Leve a Severo na Orelha Esquerda.

Fonoaudiólogo
Dr. Wagner Magalhães
Fonoaudiólogo
CREA 9868 - Ce

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Fernando A. Souza

Arenys Medicos

Paciente portador de DPOC

Audições moderadamente comprometidas

à direita e leves à esquerda.

Tomou o confiagano de maneira

aditivo.

Data: 12/09/10

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Dr. Vinícius Belchior
especialista em Otorrinolaringologista
CRM/C 11358 | RQE 6094



CARTEIRA DE SUS - UNIDAPR, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Interação:
companhar Solicitação de
procedimento Ambulatorial

SELEÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Clique no nome do paciente da solicitação desejada para continuar.

SITUAÇÃO

AGUARDANDO REGULAÇÃO

PROCEDIMENTO

ESPECIALIDADE

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO

240006182497

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

[Visualizar](#)

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)	83552517353-VINICIUS BELO CHIOR LIMA	09/04/2014 10:00	ME

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

[Visualizar](#)

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: *Ribeirão*

Nome: *FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA* Prontuário Nº _____
 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: *20/08/77* Ocupação _____
 Endereço: *Sítio INGA* Bairro *RURAL* Fone *(88) 3153-74*

Motivo do Encaminhamento:

Crise aguda com intenso edema periorbitário e perioral

Resultado de Exames:

(A → norma; E → suspeita)

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: *D. Vírus Herpesviroide*
Médico Orientador: Dr. Vítor
CRM/CE: 11358 / REG: 0094

17/04/19

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: *Exame de ADI* Profissional: _____

Unidade de Referência: *VCUTEP*

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

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

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



CPSMR
Conselho Federal de Medicina
do Estado do Ceará



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SUS
Sistema Único de Saúde

FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome Francisco Santos da Silva

Solicitação Dr. J. M. de Santiago - Recálculo

Idade 51 ANOS

Data 14-02-19

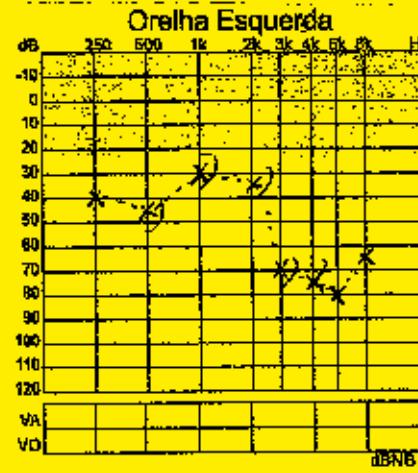
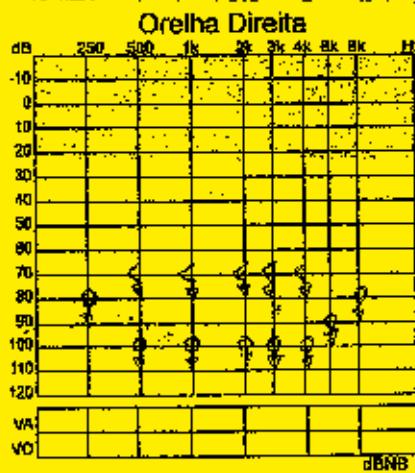
Nº DO PRONTUÁRIO: 1999694

DATA DA CALIBRAÇÃO: 11/12/13/2012

AUDIÔMETRO: Itera II

IMITANCIÔMETRO: OTOFLEX 100

AUDIOMETRIA TONAL



Logoaudiometria

LRF	LDV
OD	dB
OE	dB
MASC.	MASC.
OD	dB
OE	dB

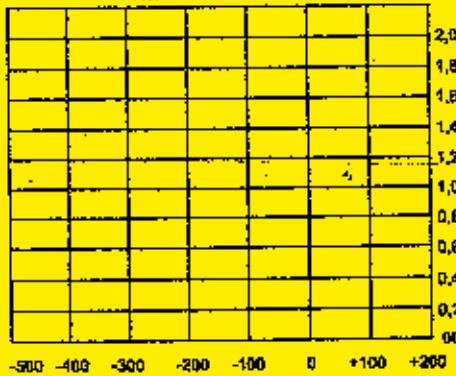
IPRF	MODO
OD	dB
OE	dB
MASCARAMENTO	MONO
OD	dB
OE	dB

MASCARAMENTO V.A. Alé _____ dBdB
V.O. Alé _____ dBdB

MASCARAMENTO V.A. Alé 60 dBdB
V.O. Alé 65 dBdB

IMITANCIOMETRIA

TIMPANOMETRIA



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA

OD	OE
Pressão	
Complec (vol. em ml)	
Posição Neutra	
+200 daPE	

REFLEXO ESTAPEDIANO () OPEI () CONTRA

	500	1000	2000	3000	4000	Hz
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÕES: Perda auditiva transiente de grau moderado a leve na orelha direita e de grau leve a moderado na esquerda. Aferida a 02/02/2014.

FONTOAUDIÓLOGO
Dr. Wagner Nogueira Ferreira
Fonotáxiologo
CREFA - 9969 - Ce

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

Investprev Seguradora S/A
20 AGO 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



FICHA DE REFERÊNCIA

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

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: Eduardo Sávio da Silva

Prantário Nº _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: 20/03/77 Ocupação: _____

Endereço: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente H3 com S. vitiosa de evolução
extremamente ligeira (grado de 1 a 2) há + 2 horas, paciente
Resultado de Exames: clorídio 10, glicose 100 mg/dl, urin
agente sanguíneo epitelial de Vânia e urina negativa.
Foto SRL + Glicose 50 mg/dl + PEA + P. ur. 2 ml,

Impressão Diagnóstica: TCE em evolução.

[Assinatura] Assinatura do Médico / Carimbo

Função

03/12/18

Data

Hora

Unidade de Referência: IJF

Procedimento: TCE na mão sem contraindicação 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

Date

Hora



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

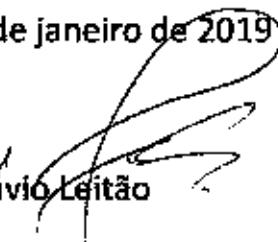
Paciente: FRANCISCO SERGIO DA SILVA

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 № _____
 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 20/08/77 Ocupação: _____
 Endereço: SITIO INGA Bairro: RURAL Fone: 8819 5374

Motivo do Encaminhamento:

PAUTA INÍCIAIS ATIVOS/INATIVOS BEMESTRE

Resultado de Exames:

(D → PROFISSOR; E → ALUNO)

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: DR. VINCENZO PECCHI
MÉDICO DE REFERÊNCIA
CRM/CE 13581 REG/CE

17/04/19

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: ECG EXAMI Profissional: _____

Unidade de Referência: MCTEP Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE COMBATE REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município: _____ Prontuário № _____ 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

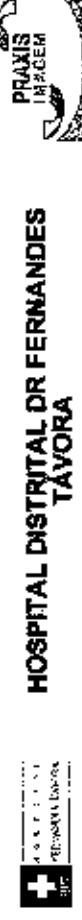
Data

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				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HCSK</i>				2 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Identificação do Paciente				5 - N° DO PRONTUÁRIO			
6 - NOME DO PACIENTE <i>Telma Siqueira dos Santos</i>				7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>1161013349110117100004</i>			
8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/08/1977</i>				9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Telma Siqueira dos Santos</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO <i>(00) 8895195374</i>			
12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro) <i>Sítio - Siqueira</i>				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Luzes</i>			
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF <i>CE</i>			
16 - CEP <i>51600-000</i>				17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Punho e braço com dor e fadiga</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Pronto para internar</i>				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>O</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>patina dor no punho</i>				21 - CID 10 PRINCIPAL <i>Z47.0</i>			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reabilitação</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CLAUDIA MARIA DE SOUZA</i>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>/ /</i>			
32 - ASSINATURA E CARAMBÓ (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - N° DO BILHETE			
34 - BÉRIE				35 - N° DO BILHETE			
36 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - N° DO BILHETE			
38 - CNPJ DA EMPRESA				39 - N° DO BILHETE			
40 - CNPJ DA EMPRESA				41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> ALÔNDO/AIC <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO				43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF				45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
46 - CÓD. ORGÃO EMISOR				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				49 - ASSINATURA E CARAMBÓ (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA

ATESTADO MÉDICO

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

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO.JOSE
CRMCE 4078

Dr. Claudio José
CRMCE 4078
CRM-CE 10000
CRM-SP 10000
CRM-RJ 10000
CRM-MG 10000
CRM-GO 10000
CRM-PI 10000
CRM-CE 10000

ATESTADO MÉDICO

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

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO.JOSE
CRMCE 4078

03/12/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

5500.4 K.14

P: 112

SAT: 98

LARANJA

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

ERL: 18390002206

800306989	03/12/2018 00:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MEDICA	NOTURNO	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Pronunciado
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	Raça/Cor
IDENTIDADE	20030300188926SP CE	19/12/2011	M	SOLTEIRO(A)	PARD	RUSSAS - CE
Mãe						Nacionalidade
Maria das Mercês Matos Silva						BRASIL
Endereço						Contato
SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE						Ocupação
						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	Professional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
CONSULTA	URGÊNCIA		PSF - PSF - ING			
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:	
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTÂNEA				JEFFERSON.AO	
Quaisx Princpal	<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 ALÉRGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)	paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de muro, d.o. 12h do dia, nega lesões;	
Exame Físico	Controle, paciente, apresenta episódios de hematemese, 09:30	

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:			
PRESSCRIÇÃO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Rx. Tórax AP, baba AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!			
② Glicose a 50% - ZFA, EV		00:30	
③ Plasit 2 ml + AD, EV;		00:30	
④ Rantidol - ZFA + AD, EV (SUSPENS)		00:30	

Conduta	Danielly Mendes Ferreira	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Relevia <input type="checkbox"/> Transferência para:	TEC. RAD. CLÍNICA DATA: 03/12/2018	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 03/12/2018 06:03:58

Óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML, Anatomia Patológica

18/12/2018 06:03:58 Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico Dr. André Ferreira Dr. André Ferreira Médico CRM/CE 17812
Ldi: encaminho para validação por TC -		

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Fernando A. Faria

Araújo, Mário

Paciente portador de A.R.D.
Asgnica neurodegenerativa progressiva
e demência leves à severas.
Tentou se confundir acomodando
ambulatório.

Data: 12/04/13

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Dr. Vinícius Belchior
Médico Ortopediatologista
CRMF 1358 | RQE 6094

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome Francisco Santos da Silva

Solicitação Dr. Santiago Pecelião

Idade 61 Anos

Data 14-02-19

Nº DO PRONTUÁRIO: 1799644

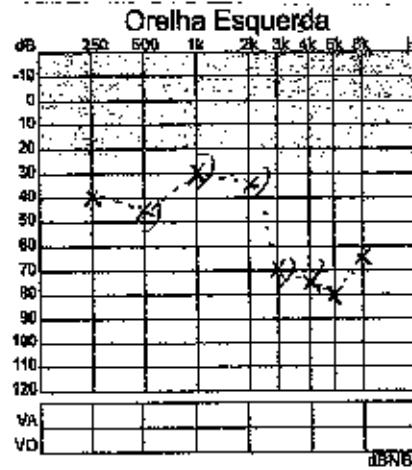
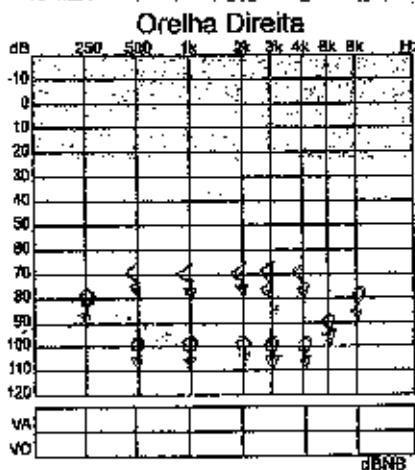
DATA DA CALIBRAÇÃO: 11/12/14 Investprev Seguradora S/A

AUDIÔMETRO: Itera II

IMITANCIÔMETRO: OTOFLEX 100

24 ABR 2019

AUDIOMETRIA TONAL

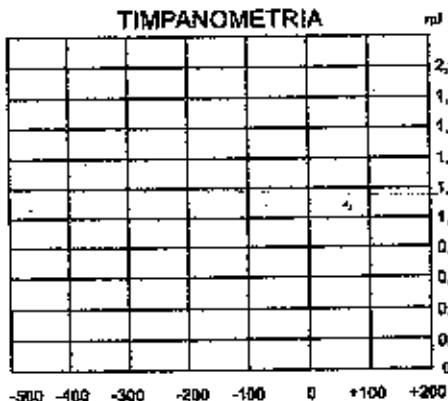


Logoaudiometria	
LRF	LDV
OD <u>40</u> dB	OD <u>30</u> dB
OE <u>15</u> dB	OE <u>dB</u>
MASC.	MASC.
OD <u>dB</u>	OD <u>dB</u>
OE <u>dB</u>	OE <u>dB</u>
IPRF	
OD <u>dB</u>	MONO <u>%</u>
OE <u>75</u> dB	DISS <u>%</u>
MASCARAMENTO	
OD <u>dB</u>	OE <u>dB</u>

MASCARAMENTO V.A. Alé _____ dBNB
V.O. Alé _____ dBNB

MASCARAMENTO V.A. Alé 60 dBNB
V.O. Alé 65 dBNB

TIMPANOMETRIA



REFLEXO ESTAPEDIANO () IPSI () CONTRA						
OD	500	1000	2000	3000	4000	Hz
OE						dB

CONCLUSÕES: Perda auditiva transiente de grau moderado a severo na orelha direita e de grau leve a moderado na orelha esquerda. Evidenciada.

FONTOLOGO:
Dr. Wagner Nogueira Ferreira
Fonotologo
CREFA - 9969 - Ce

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



FICHA DE REFERÊNCIA

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

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: Eduardo Sávio da Silva

Prantário Nº _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: 20/03/77 Ocupação: _____

Endereço: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente HJ com S. vitiosa de evolução
extremamente ligeira (grado de 1 a 2) há + 2 horas, paciente
Resultado de Exames: clínico: TO, paciente com alterações em
apresentou episódio de Vômito com sangue.
Exato SRL + Glucose 50 - FEA + P. urin 2 ml,

Impressão Diagnóstica: TCE em evolução.

[Assinatura] Assinatura do Médico / Carimbo

Função

03/12/18

Data

Hora

Unidade de Referência: IJF

Procedimento: TCE na mão sem contraindicação 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] Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Date

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 №	
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento:	20/08/77
Endereço:	SITIO INGA	Ocupação:	
		Bairro:	RURAL
		Fone:	8819 5374

Motivo do Encaminhamento:

PAUTA INÍCIAIS ATIVOS/INATIVOS Investprev Seguradora SA

Resultado de Exames:

(A → PROTON; E → FLUSSO)

24 ABR 2019

Conduta já Realizada:

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Impressão Diagnóstica:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
MÉTODO UROGRAMA CRIVEMEC 13581 R02004

17/04/19

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: ECG EXAMI Profissional:

Unidade de Referência: MUNIFEP Data: / / Hora: / /

FICHA DE COMPROVAÇÃO DE REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município: Prontuário № 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

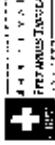
Data

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 - Nº DO PRONTUÁRIO		
TCC Sesc Rio das Serras					
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - DATA DE NASCIMENTO		
11610133491X0117100004			2010/01/1977		
8 - SEXO			9 - MÉDICO DE REFERÊNCIA		
Masculino			Intervprev Seguradora S/A		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
TCC Sesc Rio das Serras			889516474 ABR 2019		
12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Sítio - Rio das Serras			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		
15 - CNPJ: 42.386.302/0001-28			16 - CÓDIGO DE PROcedimento		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p>Pneu & Grelha car corrode & g inchaos Pneu pre</p>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
TTC					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
O					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
pneu duro 2470					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
pneu duro					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
CLINICO		INTENSIVISTA		() CNS () CPF	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
CLAUDIO VIEIRA				32 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
37 - N° DO BILHETE					
38 - BÉRIE					
39 - N° DO BILHETE					
40 - NOME DA EMPRESA					
41 - CNPJ					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() ALÔNDO/AC () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ORGÃO EMISOR					
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					

**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA**



ATESTADO MÉDICO

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

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO.JOSE
CRMCE 4078

Dr. Claudio José
CRMCE 4078
Cirurgião-Dentista

ATESTADO MÉDICO

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

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO.JOSE
CRMCE 4078

Dr. Claudio José
CRMCE 4078
Cirurgião-Dentista

ATESTADO MÉDICO

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

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO.JOSE
CRMCE 4078

Dr. Claudio José
CRMCE 4078
Cirurgião-Dentista

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

03/12/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

5500.4 K.14

P: 112

SAT: 98

LARANJA

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

ERL: 18390002206

800306989	03/12/2018 00:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MEDICA	NOTURNO	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Pronunciado
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	Raça/Cor
IDENTIDADE	20030300188926SP CE	19/12/2011	M	SOLTEIRO(A)	PARD	RUSSAS - CE
Mãe						Nacionalidade
Maria das Mercê Matos Silva						BRASIL
Endereço						Contato
SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE						Ocupação
						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	Professional do Aland,	Procedência	Termo	Investigado	Possível
CONSULTA	URGÊNCIA		PSF - PSF - ING			
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTÂNEA				JEFFERSON.AO	
Quelxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					24 ABR 2019
						CNPJ: 42.366.302/0001-28

Anamnese de Enfermagem PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)	paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de muro, d.o. II ^a do; nega dengue;	
Exame Físico	Controle, paciente, apresenta episódios de hematemese, 09:30	

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, bainha AP e cervical - Não foi possível realizar, paciente não cooperativo!						
② Glicose a 50% - ZFA, EV				00:30		
③ Plasit 2 ml + AD, EV;				00:30		
④ Rantidina - ZFA + AD, EV (SUSPENSÃO)				00:30		
Data e Hora da Saída/Atendimento: 03/12/18 06:03:58						

Conduta	Danielly Mendes Ferreira	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Relevia <input type="checkbox"/> Transferência para:	TEC. RANFAL CTA: 123456789	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação
Data e Hora da Saída/Atendimento: 03/12/18 06:03:58		

Óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico Dr. André Ferreira Dr. André Ferreira Médico CRM/CE 17812
Ldi: encaminho para validação por TC -		

RECEITUÁRIO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

NOME DO PACIENTE:

Fernando A. Faria

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Araújo, Vinícius



Paciente portador de A.R.D.

Angina de esforço e dor torácica

Diagnóstico: Angina de esforço e dor torácica

Ativo.

Data: 24/04/17

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Dr. Vinícius Belchior
Médico Cirurgião Dentista
CRMF 13581 RQE 6094

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS SILVA DO NASCIMENTO,

RG nº 1623217, 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.

Vehículo: MOTOCICLETA

Modelo: NISSAN NXB 15U BROS ES

Año: 2019 / 2009

Placa: NY86348

Chassi: 9C2K1M4209R505459

Data do Acidente: 02 / 13 / 2018

Recado Data: Ribeirão Preto - 15 de maio de 2019.

Investprev Seguradora S/A

28 MAI 2019

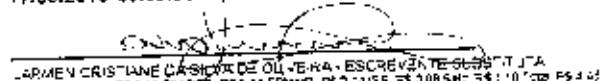
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do Declarante

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

Cartório Leite Borges - 3º Ofício da Russas
MULHER LACRAÇADA FINGE LEITE E CORRIDA - CPC 444
CART. DE 2014-0007-38-006-01000

**RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CARLOS SILVA DO
NASCIMENTO, EM TESTE. Q DA VERDADE. DOU FÉ. RUSSAS
12/04/2019 às 16:30**



» 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

Investprev Seguradora S/A

03 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Endereço:
SITIO INGA, SN

Bairro:
PITOMBEIRA

CEP:
62.900-000

Cidade:
RUSSAS

» 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: 635.463.163-49, residente e
domiciliado na ST. INGÁ, SIN
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: **MVB 6348**

Chassi: **9C2KD04209R505458**

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





Cartório Leita Borges - 3º Ofício de Russas
- ELEVA, ADÉA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIA, A
CNPJ: 02.262.217/0001-47 - CNPJ: 01.345.301/0001-06

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

Silviano Lacerda
PELO VACADO DA PONTE - ESCREVENTE SUBST. TUT. C.
E-X RS 2-911 R\$ 0,16 FAZER P\$ 0,14 PRM/MR R\$ 0,14/59 R\$ 0,08 Esc. R\$ 1,10 Total R\$ 4,46

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECA/EB/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.

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

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, de sinistro de DPVAT cobertura Invalidez 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Dr Delfto Holanda		Número 2336	Complemento casa
Bairro Guanabara	Cidade Russas	Estado Ce	CEP 62900-000
Email jeffersonvalney@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) (68)9.88443344	Telefone celular (DDD) (68)9.94801623	

Russas/CE , 16 de ABRIL de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO GARUPEIRO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA
RG: 2003030018892, CPF: 835.463.163-49, residente e
domiciliado na ST. INGÁ, S/N
na cidade de RUSSAS, no estado de CEARA
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

Dante 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.

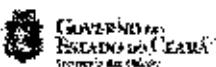
Local e data RUSSAS/CE, 16 / 04 / 2019.



Francisco Sérgio da Silva



2º Via



0096290676

0096290676

DADOS DO CLIENTE

Nome: JEFFERSON MARLON DOS SANTOS SILVA
Endereço: RUA DOR BALTRÔ HOLANDA, 2326, A, GUANABARA

Cidade: RUSSAS CEP: 62900-000

End. Entrega:

Cidade	CEP			
UF: 752	Série: 003	Quadrado: 0147	Lote: 0338	Compr: 0001
	Subsérie:	Subquadro:		

ESPECIAIS

Reduzido:	Crescido:	Mais:	Menos:	Prófice:
001	000	000	000	000

EXCEPÇÕES SOBRE INFRAÇÃO

Serviço	Mediári	Última Análise	Ultima Fazenda	Validade	Média Fazenda
ÁGUA	A11N224085	1405	1614	9	9

DATAV

Linha Atend.: 04/02/2019 Emissão: 26/02/2019 Lote Água: 6815084

Linha Atend.: 040162018 Permanente: 06/03/2019 Lote Engenh.

QUALIDADE DA ÁGUA ESTABELEÇIDA REFERENTE A:

UF de Atendimento	Choro	Turbidez	Cor	Calor/emp. frio/a	Esfumadaria
CE	048	048	006	048	008
ANATEL	048	048	048	048	000
Entomofagidae	048	049	009	048	000

DEMAIS: ENTRAMOS COMPLEXO NARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APlicativo DA ARCE.

EMISSÃO: 10/04/2019 11:30:38

Investprev Seguradora S/A

24 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VENDAS		
ÁGUA		24,40	AGO/2018	Aplicação	Fazenda
MULTA DE 2%	1/1	0,48	FEV/2018	3	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,18	MAR/2018	5	0
			ABR/2018	5	0
			MAY/2018	6	0
			JUN/2018	5	0
			JUL/2018	7	0
			AGO/2018	8	0
			SET/2018	15	0
			OUT/2018	10	9
			NOV/2018	7	0
			DEZ/2018	8	0
			JAN/2019	7	0

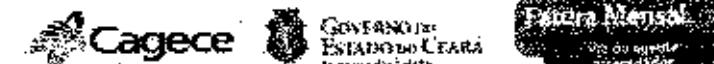
RESUMO		Valor (R\$)
Desconto	Desconto	Valor (R\$)
PIS	VALOR DO SERVIÇO	98,37
COFINS	VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
	VALOR TOTAL A PAGAR	25,07

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



É obrigatória a assinatura ou endossar realizada junto à Cogera conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Atenção: Informações para cobrança: 0,033% a 0,18% - Comitê das Reguladoras Técnicas - ARFOR - Resolução de 120 dias, "de abatimento de 1% a 3% no valor da fatura. O cálculo é feito pelo Serviço Público de Águas e Saneamento Básico (SAB) - Serviço de Águas e Saneamento Básico - SAB - Agência Reguladora de Serviços Estaduais (TSE) - Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br".



DETALHAMENTO

DETALHAMENTO DO CONTA:

Identificador: 0096290676
Mês/Ano: 02/2019
Lote: 752 Série: 3 Quandrado: 0147 Lote: 0338 Compr: 0001
Endereço: RUSSAS Data emissão: 01/03/2019 Saldo final: 25,07

82650000000-3-25070009200-1 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