

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Francisco Enivaldo Avelino de Paula		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		francisco Enivaldo Avelino de Paula		6 - CPF: 019.266.983-47
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Praça Odorio Borreia		9 - Número: 1918
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Tobáge		10 - Complemento: altos
15 - E-mail:	jrc527310@gmail.com			14 - CEP: 60765-515
16 - Tel.(DDD): 85985296730				

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: CONTA: 46 113349 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NON ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víctima ou
Beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Fortaleza, 21 de Janeiro de 2020*
R. Francisco Henrique Pacheco de Paula

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARIA IRMELICE LIMA MIRANDA
RU OSORIO CORREIA, 1916, ALTOS, PARQUE PRESIDENTE VASCONCELOS

60765-515

001	055 00	0033 06	0055	0001
001	000	000	000	000
A906	A16F053539	320	332	12
				9
11/09/2019		11/09/2019		5376311
10/08/2019		10/10/2019		
		07/2019		
526	526	125	526	526
545	546	545	545	545
542	537	533	529	545

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15) : 8 m3 | META: 10 m3.
Constatamos débito de R\$ 58,93. Caso paga, desconsiderar.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

ANNUO	31,84		
MULTA DE 2%	0,57	set/18	6
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,26	out/18	10
TARIFA DE CONTINGENCIA	11,56	nov/18	10
		dez/18	10
		jan/19	8
		fev/19	8
		mar/19	7
		abr/19	8
		mai/19	3
		jun/19	12
		jul/19	9
		ago/19	9

PIS	0,40	VALOR DO SERVIÇO	51,79
COFINS	2,40	VALOR DO SUBSÍDIO	11,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	50,33

09/2019

1-3588150756885569 1:5846 8:12:06:22 8:013 9:002

E-mail: abrigocap@cap.gov.br **Site:** www.abrigocap.gov.br

© 2009 Microsoft

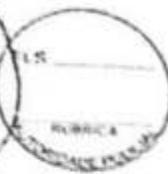
Carpece

Cagece

88 / 100

009937656 09/2019
001 055 0033 0055 0001
99 99 99 99
FORTALEZA 02/10/2019 50.33

82610000000 7 50330009100 9 00993705600 1 01005322015 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 28 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **06/01/2020 12:39:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2019 08:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE COSTA E SILVA, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA**
 Nascimento: **26/05/1985** CPF: **019.266.983-47**
 RG: **2002010371548** Orgão Emissor: **UF:**
 Filiação: **MARIA DE FÁTIMA AVELINO DE PAULA**
SEBASTIÃO ROSENDO DE PAULA
 Endereço: **RUA OSORIO CORREIA, 1918**
 Bairro: **PARQUE PRESIDENTE VARGAS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98645-3371**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWT9626** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2JC30202R142882** Renavam: **786022213** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN ES** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **JOEL VIEIRA GONCALO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HWI-9626 NA FAIXA DA DIREITA DA AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS MUDOU DA FAIXA DA ESQUERDA PARA A DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.

//////////
 OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
 Prazo para representação criminal: 6 meses.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

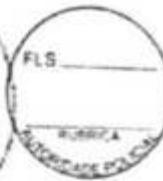
Consolidado em: 06/01/2020 13:22:41

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/01/2020 13:22:41



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202013619



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 28 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Francisco Enivaldo Avelino de Paula		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		francisco Enivaldo Avelino de Paula		6 - CPF: 019.266.983-47
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Praça Odorio Borreia		9 - Número: 1918
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Tobáge		10 - Complemento: altos
15 - E-mail:	jrc527310@gmail.com			14 - CEP: 60765-515
16 - Tel.(DDD): 85985296730				

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: CONTA: 46 113349 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NON ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víctima ou
Beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Fortaleza, 21 de Janeiro de 2020*
& Francisco Enivaldo Avelino de Paula

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200035008

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000046113349-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035008

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.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, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035008

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035008

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000046113349-5

Nr. da Autenticação 72E367888FEA761A

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029714/20

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAUL

CPF: 019.266.983-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO
AVELINO DE PAULA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA : 019.266.983-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PROCURAÇÃO

Outorgante Francisco Enivaldo Avelino de Paula
Estado Civil Casado Profissão Programador
Residente Rua Dr. Antônio Correia, 1918 Bairro Pq. Presidente Vargas
Município Fortaleza UF CE Nascido 26/05/85 CPF 019.266.983-47
RG 2002010371548 Emissor SSP-CE Em 03/12/2015

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Município de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com . Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a)

Sr.(a) Francisco Enivaldo Avelino de Paula

Ocorrido em 21/10/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transitoe praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG,danos corporais,RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras

ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada:
Boletim de Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

, DE

, DE

Francisco Enivaldo Avelino De Paula



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, N° 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartorio.demonduhim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA
que confere c/ o padrão reg. nessa serventia. Dou fé.
Fortaleza, 15 de Janeiro de 2020. Em test. _____ da verdade.
Camila Padilha de Melo Rascimento (Escrivaneira Autorizada)
Valor Total R\$ 7,87

Conselho dos Notários e Registradores
Digitalizada pela serventia

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029714/20

Número do Sinistro: 3200035008

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAUL

CPF: 019.266.983-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200035008**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA**

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Osório Correia, 1918, , 60.765-515, Parque Presidente Vargas, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2002010371548**

Data e local do acidente: **21/10/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **11/02/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da base do 2º e 3º metatarsos à esquerda.

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

Conforme será verificado no exame físico, as lesões apresentaram melhora de seu quadro em razão da evolução terapêutica, sendo realizado tratamentos medicamentoso e conservador. Resta apurada a existência de sequela permanente no pé esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, marcha com claudicação, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 20°. Apresenta na região observada ausência de atrofias, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do 2º dedo do pé esquerdo apresenta flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do 3º dedo do pé esquerdo apresenta flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercutem em todo o pé.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta do pé esquerdo em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

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

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

(**)** "Vítima em tratamento"

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

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

Pé Esquerdo - Leve - 25%

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


Dr. Gisele Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e Calígrafa do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035008

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA

Data do acidente: 21/10/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da base do 2º e 3º metatarsos à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, marcha com claudicação, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 20°. Apresenta na região observada ausência de atrofias, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do 2º dedo do pé esquerdo apresenta flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do 3º dedo do pé esquerdo apresenta flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, fratura da base do 2º e 3º metatarsos à esquerda. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso e conservador. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no pé direito.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do pé esquerdo, em grau leve, em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN - CE

Nº 015385022652
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 786022213 000000000000 EXERCÍCIO 2019

DETIBRN

JOEL VIEIRA GONÇALO
NOME
MARACANAU / CE
ENDERECO
05816155361 CNH
HMT9626/CZ PLACA

OFF / CHAM

08816155361 HMT9626 / CE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERBO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204
15385022652 50532085288

PLACA: AUT / UF: /SP CHAM: 9C2JJC30202R142882
ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLO / MÁO APLIC. GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA / CG 125 TITAN ES ANO FAB: 2002 ANO IACP: 2002
CATEGORIA: FAUTIC COR PREDOMINANTE: PIAGATA
COTA UNICA: VEND. COTA UNICA: 1^a VEND. COTAS: 1^a ISENTO
FAKFA IPVA: PARCELAGEMTO / COTAS: 2^a MÁO
A INCIDE

08816155361 HMT9626
02/10/2019 02/10/2019
HONDA / CG 125 TITAN ES MARCA / MODELO
HMT9626 PLACA

786022213 000000000000 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/10/2019

9C2JJC30202R142882 HONDA / CG 125 TITAN ES MARCA / MODELO
HMT9626 PLACA

PRÉMIO TARIFÁRIO: 36.03 DEBITAR: 4.01 CUSTO DO SEGURO: 40.03
CUSTO DO BIJUETE: 4.15 ICP: 0.32 TUTA SEM OFERTA DE RENOVAÇÃO
COTA UNICA: PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO: 10/09/2019

CONTRAN

Tabela de Seguro

Local:

MARACANAU

Vila

CEP:

59.110-000

UF:

CE

DATA:

02/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
Cota da assinatura

Igor Ponte
Lider Seguradora



Lider Seguradora

02/10/2019



Igor Ponte

Lider Seguradora



Lider Seguradora

02/10/2019



Igor Ponte

Lider Seguradora



Lider Seguradora

02/10/2019



Igor Ponte

Lider Seguradora



Lider Seguradora

02/10/2019



Igor Ponte

Lider Seguradora



Lider Seguradora

02/10/2019



Igor Ponte

Lider Seguradora

Lider Seguradora

02/10/2019

Igor Ponte



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

D
E

NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP CE

CPF

048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

Igor Vascenelos Ponte

65807059905
CE161764037

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

Scanned by CamScanner



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LANDO

PACIENTE FRANCÍLIO
ENIVALDO AVELINO DE PAUL
LA SOFREU FRACTURA DO
IRE 2º METATARSO DA
EM 21/10/2019, SUBMETIDO
A TRATAMENTO CONSER-
VADOR + IMOBILIZAÇÃO
E ENCONTRADA COM
INCAPACIDADE FUNCIO-
NAL DO PÉ ESQ. SÓ P
PODE AMOSTRAR
+ LIMITAÇÕES DOS MOVI-
MENTOS E DE ALTA MÉ-
DICA DEFINITIVAMENTE.

03/02/2020

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5156
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 03/02/2020

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA		Nº DO PRONTUÁRIO 232535	Nº DO BE 321195
CADUS		SEXO M	RACACOR PARDO
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002010371548		NOME MAE MARIA DE FATIMA AVELINO DE PAULA	
NOME RESPONSÁVEL SOCORRISTA ORIO		ENDERECO RUA OSÓRIO CORREIA 1918 PARQUE PRESIDENTE VARGAS	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (00)00000-0000	
CEP 60.765-515			

LUGAR DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTE APRESENTA ESCORIAÇÕES, REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO, PORTAVA CAPACETE, NEGA SÍCONE		MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO		
BINÓCIOS NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS PESO NI KG TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO VERDE		BAT OZ NI% NI%	PESO NI NI	GLUCOSEMIA NI NI
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALÉRGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO HERTA RAVELYDA SILVA GOMES			

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
21/10/2019 10:47:19

DIAGNÓSTICO

Acidente envolvendo paciente de 703092000 de sexo masculino amputado o pé esquerdo. Foi atendido no dia 20 de outubro de 2019 na emergência.

Atendimento médico feito por Herta Ravelyda Silva Gomes

Procedimento: amputação do pé esquerdo

Outros:

HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>703092000</i>		
<i>703092000</i>		

TABUADA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Presso por herta ravelyda silva gomes em 21/10/2019 às 10:47:21
claro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

francisco erivaldo avelino de paula

Marciá Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



RECEITA

Fam. evaldo

Bisoplam A 01°
em caps
x 18 m

Mario Júlio
Osteopatia e Traumatologia
CRM EEC 2915

9/10/01

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA.
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 234 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 48.51970010-35



ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Eduardo Envaldo
avelino de Paula

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 04 de 11 de 19 hs

Tendo como causa do atendimento:

1. () paciente foi atendido nesta instituição as ----- hs

E pode retornar á suas atividades.

2. Necessitando de ----- () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos:

3. () Encontra - se a(Apto () Inapto a prática curricular de Educação física .

4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado á especialidade: -----

Fortaleza,
Cidade e Estado
CRM/CE 2816

04 de 11 de 19

Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PAÍS (85) 3488.32.10



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Eugenio Engels
da Cunha de Paula.

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 05 de 12 de 19

Tendo como causa do atendimento: Fratura de
osso fraturado

1. () paciente foi atendido nesta instituição as -----
hs

E pode retornar á suas atividades: aprox 30

2. () Necessitando de ----- () dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivos de
Doença ou agravos: -----.
3. () Encontra - se a() Apto() Inapto a prática
curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de
Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado á especialidade: -----

----- 05 12 19 -----
Fortaleza, ----- de ----- de -----.

Medico CRM
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE 8816


Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 254 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA inscrito (a) no CPF sob o N° 019.266.983 / 47,

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima FRANCISCO ERIVALDO AVELINO DE PAULA,

Inscrito (a) no CPF sob o N° 019.266.983 / 47 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA PROFESSOR CABRAL		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 16 DE JANEIRO DE 2020

X Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante