

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180470689

Vitima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 25/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470689**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Sinistro: 3180470689

Vítima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 25/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180470689** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro do ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	048.145.733-08	LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES	048.145.733-08	AGRICULTOR	
Endereço	Número	Complemento	
RUA JOSE ENIOMAR DAMASCENO	S/N		
Barro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	IBIAPINA	CE	62.360-000
E-mail	Telefone (DDP)		
	(88) 9.9626-2211		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3845

Nº

CONTA

13593

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CENTRAL DE ATENDIMENTO

IBIAPINA, 18 de JULHO de 2018

05 OUT 2018

Local e Data

Leandro dos Santos Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



435634

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 476 - 418 / 2018 CASL-0367431/18

Dados da Ocorrência

6180670689

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 30/05/2018 11:13:23

Data / Hora da Ocorrência: 25/04/2018 07:00:00

Endereço da Ocorrência: SITIO TAUÁ

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Município: IBIAPINA/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Nascimento: 04/11/1989 CPF: 048.145.733-08

RG: 20070862995 Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: EVA DOS SANTOS RODRIGUES

ANTONIO DE ARAUJO RODRIGUES

Endereço: RUA JOSE LEOMAR DAMASCENO

Bairro: PEDRINHAS

Município: IBIAPINA/CE

CEP: 62.340-000

País: BRASIL

Telefone:

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: HVU7264 UF: CE Município: SOBRAL Chassi:

9C2MC2700YR014418 Renavam: 735510814 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CBX 200 STRADA Ano

Fabricação: 2000 Ano Modelo: 2000 Combustível: GASOLINA Cor:

ROXA Proprietário: ANTONIO EDMILSON CASTRO DE AZEVEDO

Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COMUNICOU QUE NO LOCAL E DATA ACIMA DESCrito, TRAFEGAVAS NO VEICULO ACIMA DESCrito, ESTAVA indo AO SEU LOCAL DE TRABALHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO CAIU DENTRO DE UM BURACO NA VIA, TENDO CAÍDO, QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIAPINA, SDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TIANGUA, QUE POR CONTA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO QUEBROU A CLAVICULA DIREITA E NADA MAIS DISSE!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

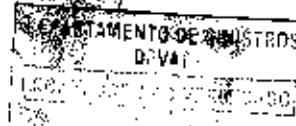
MAURO CESAR BARROSO FRAGA - MAT.: 363368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leandro dos Santos Rodrigues

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL BORGES PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4



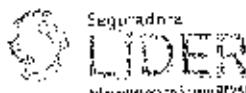
05 OUT 2018

DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

Pág. 1 de 1

1. FONTE Segurança Pública
2. Bairro: Centro, J00 - Logr. 147
3. Al. 00 - Lote: 00 - Período: 00

Impresso em: 30/05/2018 11:13:18



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES 048.145.733-08 25.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinlar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação e a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 2º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disser de seu conteúdo.

IBIRÁ/SC 18 de JULHO de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTROLE SAO VERIFICADO

05 OUT 2018

Leandro dos Santos Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Setor Seguradora 3/
R. São Luís, 300 - Centro
Alvorada - Paraná - 83000-000



Cuidando do presente,
preparando o futuro.

Hospital Maria Wanderlene Negreiro de Queiroz

**I Prefeitura Municipal de
IBIAPINA
Secretaria Municipal de Saúde
Rua: Wenceslau Soares, 5/11 Centro Fone: 88 36531208
Email: saudeibiapina.ee@hotmail.com**

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ACIDENTE DE TRÂNSITO

545

Nº de Registro: _____

Name: Karen Anne Santos Padron

Idade: 32 Sexo: M () F () Profissão: _____

Endereço: Rua no 123, Bairro Residencial

Município: Jucurutu

Filiação: Antônio J. de Araújo Rodrigues e Eugênia Sampaio Rodrigues

Identidade: 490010862995 CPF: 111.111.111-11

Sinais Vitais: **Tempo = 78** x **80 mmHg**

P脉搏 = _____ bpm Respiração = _____ / min Peso = _____

14

Data: 2/5/04/18

Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Mora: 03:55

ATENDIMENTO

Diagnóstico: Fractura compleja de llaveada

CD primário: CID Secundário:

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): **Missouri**

Procedimento / Conduta Realizada (a):

Similares e Inglês: Projeto e Envolvimento de Cidadãos

Condição de Alta: ()Curado ()Transferência ()Melhorado ()A pedir ()Óbito ()Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável

Ass. do Responsável / ou Paciente) *Comunicação entre o paciente e o profissional de saúde* 05 OUT

DEPARTAMENTO DE SINISTRA
DPVAT

05 OUT 2018

Bento Segurado
Av. Dom Luís, 300 - Lapa
Ademar - Fortaleza - CE

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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03845

CONTA: 000000013593-8

Nr. da Autenticação 461C726B758664B2



Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

NOTA FISCAL
8525011 2

VENIMENTO
AGO/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
67,58

DESCRICAÇÃO DA CONTA

OUTROS PAGAMENTOS
CORRECAO MONETARIA DO MES
JUROS DO MES
JUROS DO MES
MULTA MORATORIA
CORRECAO MONETARIA DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,47)

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B-1 | N° 538737102)

Companhia Energética do Ceará
Rua Paiva Valdembro, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

ATarifa Socioeconômica Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438/02
26 de dezembro de 2002

DETALHAMENTO DA CONTA

Rota 16 031050 01 029400 Medidor 00000
Nome MICHAEL PINTO DA SILVA 3077645 Poste 00000
Endereço Postal

End. da Unidade RU JOSE ELIOMAR DAMASCENO 00000 CENTRO IBIAPINA
Consumidora 62360000

RG / CPF / CNPJ 604.074.783-88 CGF

Classo B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual: Leratura Anterior: Contaleta: Consumo (kWh): Consumo Incl.: Consumo Faturado

FP 15453 15390 1 63 0 63

DATAS DE EMISSÃO

Data de Emissão / Apresentação	Prev. Próxima Leratura
24/08/2018	24/09/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

PC93.3F63.7D44.1933.BD07.34BF.7E1F.3419

IGV	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
	48,68	27%	13,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

PC93.3F63.7D44.1933.BD07.34BF.7E1F.3419

ANEXO DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

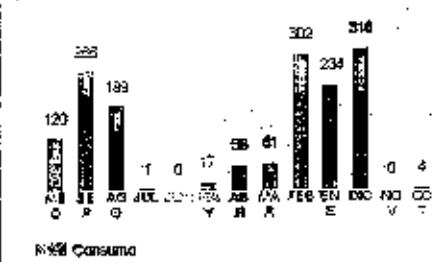
Veja a legenda no verso da sua conta. CM: 16,28

Conjunto: IBIAPINA

Mês: JUN/ 2018

	Parâmetro Individual	Parâmetro Individual				
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
BIQ (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,26	0,00
FIC (h)	3,30	6,60	13,20	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,91			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



autenticação mecanica cliente

Nº do Cliente: 8525011-2 Nº da Nota Fiscal: 538737102 Total à Pagar (R\$): 67,58
Data de Emissão: 10/09/2018 Referência: AGO/2018 Nº da Controle: 0008525011 00013 3318206

83840000000-6 67580031000-4 00085250110-2 00134318210-4



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
00045

CONCEPÇÃO BÁSICA DE RISCOS

05 OUT 2018

Fonte: Seguradora: CCR
Av. Dom Luiz, 300 - CEP: 60130-000
Adeona - Fortaleza / CE



1277333760

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2018
Cia de Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
30.101-901 - Fortaleza - CE

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 SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0869 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.013.703 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO DOS SANTOS PODENUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEANDRO DOS SANTOS PODENUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08, 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 PROFESSOR SILA RIBEIRO	Número	420	Complemento	AP 1002
Bairro	PAPICU	Cidade	FORTALEZA	Estado	CEP
Email	RECUSO	Telefone comercial (DDD)	RECUSO	Telefone celular (DDD)	RECUSO

FORTALEZA 20 de SETEMBRO de 2018
 Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONSELHO NACIONAL DE
 SEGUROS

05 OUT 2018

Fabiana Negreiros de Azevedo
 Assinatura do Declarante

Seguradora Lider
 Av. Dom Luís, 300 - CEP 6171-000
 Belo Horizonte - MG

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ACIDENTE DE TRÂNSITO

SUS

Nº de Registro: _____

Nome: Alexandre das Santas Rodrigues

Idade: 28 Sexo: M () F () Profissão: _____

Endereço: Rua 25 de Março

Município: Ibiapina

Filiação: Antônio de Oliveira Rodrigues e Gua das Santas Rodrigues

Identidade: 1.001.326.299.5 CPF: _____

Sinais Vitais: Tempo = _____ C PA= 100 x 80 mmHg

P脉 = _____ bpm Respiração = _____ rpm Peso = _____

 Data: 25/10/18

Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Hora: 01:58

ATENDIMENTO

Diagnóstico: Fratura exposta de clavícula

CD primário: _____ CID Secundário: _____

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): Motocicleta

Procedimento / Conduta Realizada (a):

Analgésico e Imobilização provisória
Encaminhamento p/ Oftoplasto

Condição de Alta: () Curado () Transferência () Melhorado () A pedido () Óbito () Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável:

Ass. do Responsável / ou Paciente: Família: Maria de Conceição

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONCEUDE MARIA DE CONCEIÇÃO
05 OUT 2018
Gente Seguradora: S/
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1
Altinópolis - Furtado - CE

BIAPINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA WANDERLENE NEGREDO DE QUEIROZ

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Wendio dom Santos Rodrigues

Sexo: M / Idade: 07 / Ano: 89 / Data: 28 / Recado:

Município de Origem: Ibiapina / Distrito: Ibiapina

End: rua do Sena Rodrigues

Telefone:

Endereço: Bairro Piquinho

SUSMA: 1630918800450003

Data do Atendimento: 20/09/18 Hrs: 04:58 Zona: 02

SINAIS VITALS

P脉: 54 / Témporaria: 36,5 / Pressão Arterial: 120/90 / Saturação: 100%

PR: 16 / Arteria: 80 / FC: 80 / BPM: 60 / SPO2: 100%

Classificação de Risco:

01M - SEM RISCO (VERDE) - Paciente sem riscos aparentes

02M - Risco (AMARELO) - Paciente de Atendimento rápido, mas pode ser agudo

03M - Risco (LARANJA) - Pode levar a óbito ou agravar a condição por outras condições de saúde

04M - NÃO USAR (VÔRTICO) - Pode levar a óbito ou serão expostas a riscos graves de morte.

Assinatura do Profissional:

Dr. José de Oliveira
Enfermeira

COREN: 51957

Endereço Av. Presidente Kennedy 500, Centro - Ibiapina - CE (CEP: 62.320-000) Fone/Fax: 5663.11.38

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTROLE MAR DE SINISTROS

05 OUT 2018

Frete Seguro: 0,00
Av. Beira Mar, 300 - Loja 647
Aldeota - Fortaleza / CE

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

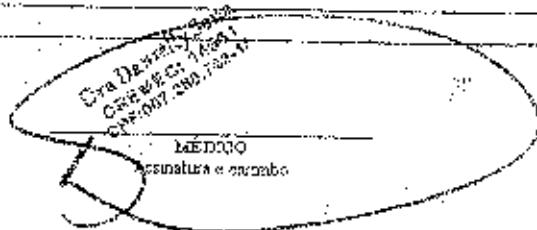
HISTÓRICO/ DIAGNÓSTICO

*Grau de
fratura de clavícula "D"*

PROBLEMA/ CONDIÇÃO

*Fratura clavícula
distal - Estendida*

1
2
3
4
5
6



OPRIMIR NÃO REALIZAR EQUACIONAMENTO MELHORADO PRESCRITO PELO MÉDICO
PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/ Responsável

DESTINO:

() Clínica
 () Consultório
 () Hospital de emergência
 () Outro

Grau de Oliveira

Assinatura do Usuário Responsável

Endereço: Av. Presidente Kennedy, 1000 - Centro - Itapema - SC CEP: 88.300-000 Fone/Fax: 047-3229-20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
-OPORT
CORPO DE POLÍCIA MILITAR
-OPORT

05 OUT 2010

Álvaro Segundo / J.A.
Av. Dom Luiz, 300 - CEP 10720-000
Belo Horizonte / MG

dr. Lucídio clínica

RELATÓRIO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que o paciente LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES. Portador da Carteira de Identidade de nº 2007086299-5 SSP/CE e do CPF de nº 048.145.733-08, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido no dia 25-04-2018. O mencionado paciente foi socorrido para o hospital municipal de Ibiapina/CE, em seguida transferido para o hospital São Camilo, na cidade de Tianguá/CE. O referido paciente foi assistido nesta clínica por este profissional, com o seguinte diagnóstico: POLITRAUMATISMO + FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, o mencionado paciente foi submetido a TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. O referido paciente apresenta as seguintes sequelas : Debilidade e deformidade permanente, como também déficit motor do mmss direito (OMBRO E CLAVÍCULA DIREITOS), com perda parcial dos movimentos de supinação e rotação do ombro e clavícula direitos. Resultado em perda de 75% da função do ombro direito, perda de 75% da função da clavícula direita e perda de 50% da função do mmss direito. CARACTERIZANDO ASSIM, INVALIDEZ DE CARATER PERMANENTE E IRREVERSÍVEL. O QUAL ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA A PARTIR DE 17-07-2018.

SAO BENEDITO/CE, 17/07/2018.
Dr. Lucidio Fco Xavier
Médico Crm 6831/CE

Dr. Lucidio Fco. Xavier
Médico
CRM 6831

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSVAT
CONT: 088-3626-2264 / 9961-3503

05 OUT 2018

Gento Seguradora Ltda
Av. Dom José 300 - Lote 147
Aldeota - Fortaleza - CE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRG	EXERCÍCIO
AKAR	01 735510814	0000000000	2011
NOME ANTONIO EDMILSON C. DE AZEVEDO			

SOBRAL/CE			
CPF/CNPJ	PLACA		
00901823325	HVU7264		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
*****/CE	9C2MC2700YR014419		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS - MONOCICLO - ESTAT - AUTOMÓVEL - MOTO			
MARCAS/Modelos		ANO FAR	ANO MOD
HONDA/CBX 200 STRADA		2000	2000
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/19CV/196CC	PARTIC	ROXA	
I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
P	*****	** / ** / **	1 ^o *****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^o *****
A	*****	*****	3 ^o *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
274,06		1,06	279,27
DATA DE PAGAMENTO 10/06/2011			
OBSERVAÇÕES Sobral			
DATA 10/06/2011			

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

CE N° 9041623324

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2011

PLACA

HVU7264

BILHETE DESEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2011

10/06/2011

PLACA

CE N° 9041623324

RENAVAM

MARCA / MODELO

01 735510814

HONDA CBX 200 STRADA

ANO FAR

Nº CHASSI

2000

9C2MC2700YR014419

ANO MOD

09

CPF / CNPJ

RENAVAM

00901823325

PLACA

HVU7264

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

274,06

1,06

137,03

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

DATA A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

4,15

0,00

279,27

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A
LOTE / DOCUMENTO /
MOTOR / N.º / CNP.J. 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lote 147
Aflonsa - Fortaleza / CE

DIZ-2011

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180470689 **Cidade:** Ibiapina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES **Data do acidente:** 25/04/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do terço médio da clavícula direita

Descrição do exame Abaulamento sugestivo de calo ósseo na clavícula. Limitação dos movimentos de abdução, flexão e extensão do
médico pericial: ombro direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com tipoia americana. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Sequela anátomo funcional do ombro direito de grau leve

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Jose Wellington Menezes

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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: 3180470689

Nome do(a) Examinado(a): LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE ELIOMAR DAMASCENO, S/N -
IBIAPINA/CE - CEP 62360-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20070862995 - SSP-CE

Data e Local do Acidente : 25/04/2018 - SÍTIO TAUÃ - IBIAPINA-CE

Data e Local do Exame : 24/10/2018 RUA CEL JOÃO CICERO MEMÓRIA,
244 - GUARACIABA DO NORTE/CE - CEP 62380-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA
AMERICANA, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. RELATA NÃO TER
REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA
MÉDICA DEFINITIVA DESDE JULHO DE 2018 E COM SEQUELAS
ESTABELECIDAS E NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

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

APRESENTA DISCRETA TUMORAÇÃO EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA
DIREITA SUGESTIVA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA COM FORMAÇÃO DE
CALO ÓSSEO E LEVE LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO
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:**

SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

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 (X) 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

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.



Dr. Wellington Farias Melo
MÉDICO
CREMEC 10432

JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE MENEZES CRM : 10432
/ UF :CE

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER

Eu, LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES, vitima de acidente automobilístico no dia 25/04/2018, condutor da motocicleta de PLACA HVU-7261 CE veiculo de propriedade de Fábio Tito comissário CASTRO DE ACELIO. Venho informar junto a Seguradora Lider que o proprietário do veiculo () recusou-se ou (X) não foi localizado para assinar a declaração do proprietário do veículo para juntar ao processo de invalidez.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Penal: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Local: IBIAPIBA UF: PE Data: 30/05/18

7º OFICIO

Leandro dos Santos Rodrigues

Reconheço por:
 Autenticidade Semelhança
A(s) firma(s) de Leandro Souza
Leandro Souza

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PPVAC
CON CERTIFICADO**

05 OUT 2018

1994 Segunda-feira 5/11
Av. São Luís, 300 - sala 147
Alfaiata - Fortaleza / CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES.		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	CARTEIRA DE IDENTIDADE DE N°: 2007066299-5 SSP/CE.
CPF n°: 048.145.733-08	Endereço: RÚ JOSE ELIOMAR DAMASCENO - 00000.	
Bairro: CENTRO	Cidade: IBIAPINA	Estado: CEARÁ CEP: 62.360-000

OUTORGADO:

Nome: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: ADVOGADA	Carteira de Identidade: 2005028073284
CPF n°: 046.013.703-45	Endereço: RUA PROFESSOR SILA RIBEIRO, 420, AP 1002	
Bairro: PAPICU	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARÁ CEP: 60.175-135

Por este instrumento particular de procuração, O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

IBIAPINA , CB. 30 de MAYO de 2018



Leandro dos Santos Rodrigues
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço por:

Autenticidade Semelhança
A(s) firma(s) de Leandro dos Santos Rodrigues
Data: 05/05/2018

Endereço: Rua José Eliomar Damasceno, 00000-000

Leandro dos Santos Rodrigues
Data: 05/05/2018

Aquafax: 0800 720 00 00 - E-mail: lader@lader.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
Lider Seguros S/A
Av. das Américas, 3200 - Loja 147
Fortaleza - CE

05 OUT 2018

Lider Seguros S/A
Av. das Américas, 3200 - Loja 147
Fortaleza - CE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367431/18

Vítima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

CPF: 048.145.733-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/04/2018

Titular do CPF: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO : 046.013.703-45

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

LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES : 048.145.733-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO
CPF: 046.013.703-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS