

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348465**.

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

Carta nº 13165165



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13167093



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13167315



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



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 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 ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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 Líder 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.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL 2018

Local e Data

Declaro Recebi o Dinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Extrato de Saque de
conta corrente

Data: 21-01-2018 Hora de fechamento: 15:00

Agência: 05438 - 000000 0000

Conta: 0127351-5

Nome: PEDRO CESAR FERREI

Tipo Cartão: 1 - Data Cartão: 01/01/2018

Valor: 20,00

Op. Bradesco: 5438 - 000000 0000

REC: 002 - 0000000000 0000

CICERO

REC: 0000000000 0000

Conserve este Recibo

BRANCO BRANCO
0800 222 9933

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

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 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 com 16 ou 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 ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

711.363.393-53

PEDRO CESAR LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PEDRO CESAR LEMOS	CPF titular da conta 711.363.393-53	Profissão APOSENTADO
Endereço AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	Número 1049	Complemento
Bairro PADRE SEBASTIÃO MARLENO	Cidade JAGUARETAMA	CEP 63480-000
Estado CE	Telefone (DDD)	

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

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

☒ CONTA FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BPA BANCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRD. 03438 D/V 01273515 D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO NOME NRD. 03438 D/V 01273515 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.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LIDER CORRETORA DE SEGUROS
10 SET. 2018



Comprovante de Saque de
conta poupança

Data 25/08/2018 Hora de Brasília R\$ 25
Agência 05438 - NOROESTE NORO
Conta 0122351-5
Nome PEDRO CESAR LEMOS
Tipo Cartão 2 Usa Cartão 00
Valor R\$ 00
Ag. Bradesco 5438 NOROESTE NORO
POCO 062 - NOROESTE NORO
CICERO
RSU 025683857684 Autenticacao 025683857684
Conserve este Recibo

CAUTIONER UNQUECO
0200 727 2833

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 SET. 2018
ASS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/06/2018 09:00:27**Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE SEBASTIÃO MARLENO, 79**

Complemento:

Bairro:

Município: **JAGUARETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **PEDRO CESAR LEMOS**Nascimento: **10/06/1952** CPF: **711.363.393-53**RG: **243024392**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS****PEDRO LEMOS DA ALMEIDA**Endereço: **RUA PADRE SEBASTIAO MARCELO, 1049**Bairro: **CENTRO**Município: **JAGUARETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98136-1685****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **ORU4765** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:**95365824XDR339601** Renavam: **595495630** Tipo do Veículo:**CAMINHAO** Marca / Modelo: **VW/24.280 CRM 6X2** Ano Fabricação:**2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**Proprietário: **WALDEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Municipal, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB, comunicou que na data, local e hora acima indicado, estava trabalhando descarregando farinha do caminhão de placa ORU-4765; Que o caminhão estava parado em uma subida e foi colocado uma pedra no pneu de trás do caminhão, que depois que terminou de descarregar a mercadoria nesse local foi retirar a pedra que estava apoiando o caminhão e o mesmo desceu um pouco e veio a passar por cima mindinho da mão direita, onde veio a perder parte do mesmo; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaratama-CE e do mesmo foi transferido quase que de imediato para o hospital municipal de Russas; Que trabalhava descarregando caminhão, mas devido ao acidente está sem trabalhar; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaratama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaratama-CE, telefone 88-981137898 e o seu vizinho que viu o acidente de nome FRANCISCO NETO ALMEIDA, residente Padre Sebastião Marleno nº1045, Telefone 88-981161123, testemunhas essas que vieram até a delegacia e apresentaram os seus documentos, conforme anexo. E NADA MAIS DISSE

DOCUMENTO ORIGINAL**30 JUL, 2018**

CÓPIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/06/2018 09:27:32



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214

X Gerson do Nascimento

X Juíza das Silva Santos

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

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

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

Assinalar 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 sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º 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 discorde do seu conteúdo.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

Local e Data

x *Pedro Cesar M...*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 outra pessoa) 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

PEDRO CESAR LEMOS

CPF da Vítima

711.363.393-53

Data do Acidente

08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

CPF do Representante legal

004.091.683-03

Email

mjagareta@gmail.com

Telefone (DDD)

(88) 98401-6080

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:

Assinar 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 para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º 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 discorde do seu conteúdo.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

40-17130000945



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Edson Cesar Feres

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 65 Anos

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

1.º e 2.º exames de urina e sangue resultando em
comparação do 5.º quadrante, limbo e amplexo

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação com teste

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

SS: _____

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO CESAR LEMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05438-0

CONTA: 000000127351-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2610201805000000000023705438000000127351101250 PAGO

Nº DO CLIENTE

4259716-1

Para apuração do consumo, consulte o relógio sempre que entrar em contato conosco.

PG 03/07

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veldino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042291/0001-70 | CGF 06.106.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) Nº

Rota 01 17020 01 068500 - 7 Data de Emissão 531598862
Nome RODOLFO MORAIS DA CUNHA 03/07/2018
End. Postal RU ROBSON RIC M DE LIMA 00637 AP 637 A
Medidor JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000
Classes 24794318
RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO 0000 0000
Nome do Responsável 004071683-03 CGF

DATAS

Mês de Referência: Jul/2018
Data de Apresentação: 03/07/2018
Previsão Proxima Leitura: 02/08/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Individual
SOLONGOPLES	EURO 40,07
Mês	Mês/2018
Período	Período
Monet	Monet
Trím	Trím
Anual	Anual
DIC	0,00
FIC	0,00
DMIC	0,00

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
135,68	27,00%	37,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DEET, C4E4, 0606, 3929, 1111, FEET, 0370, 2886

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 15912	15739	1.00	173	0,00	173	0,00745
03/07/18	04/06/18	29 DIAS	173			139,68

VALOR CONSUMO DO MES 139,68
MUTA MORATORIA REF 06/2018 2,77
JUROS DO MES 0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 17,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 12,87)

VENCIMENTO

10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

159,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	51,31
Transmissão	5,47
Distribuição	29,23
Encargos Setoriais	7,84
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	45,80
TOTAL	139,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

188	173	189	187	238	153	123	254	215	231	150	191	161
FEV	JUL	JUN	MAI	ABR	MAR	FEB	GEN	DEZ	NOV	OCT	SET	AGO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação sua emissão pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
67,54	0,00	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorrelisque. A relíquia e a reavaliação da distribuidora elétrica deve ser feita de acordo com o custo administrativo de Inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2010 - Aneel).

Consta desta fatura R\$ 8,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9, Lei. 108-2005 - ANEEL e Lei. 10.438-02 e 10.833-02)

Estamos em Bandeira Vermelha (atenção: 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh ou 1000watt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Nº do Cliente:

4259716-1

Data de Emissão:

03/07/2018

Nº da Nota Fiscal:

531598862

Referência:

Jul/2018

Total a Pagar (R\$):

159,90

Nº de Controle:

0004259716 00088 39032 04

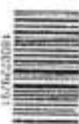
83800000001-7 59900031000-0 00042597160-0 00883903246-9



HCSR SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



38

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SUS - SUS

Profissional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consultas: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

08/01/2018 12:42:17

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS

Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE

Telefone: (88) 98136-1685

Naturalidade: JAGUARETAMA - CE

Nome: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

Anotações de Outros Profissionais:

Nome: PEDRO LEM DE ALMEIDA

Sexo: M DN: 10/06/1952 - 65 A 6 M 28 D Est. Civil: Solteiro(a)

CNS: 898003258645622 CPF: 711.363.393-53 Identidade: 243024392 - SSP/CE

Ocupação: AGRICULTOR

Raça/Cor: PARDA -

Sistema de Registro: SISPrenatal

Validade:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

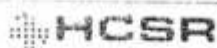
Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

SANTAS
CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1800229702

1800229702 08/01/2018 13:03:03

GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO ()

TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS Nascimento: 10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D 898003258645622 CNS: 711.363.393-53 CPF: 711.363.393-53
Documentos: Identidade - 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda - Escolaridade: Ocupação: AGRICULTOR
Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE CEP: 63.480-000 Complemento: PROX A ARNOLDO
Notas: JAGUARETAMA - CE Contatos: (88) 98136-1685
Mãe: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS Pai: PEDRO LEMOS DE ALMEIDA SisProNatal:
Plano - Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade: Autorização:
Caráter de Atendimento: Urgência Procedência: Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA Profissional Solicitante: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P
CID Principal: Procedimento Solicitado: Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar:
Data da Saída: 10/01/2018 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fratura Exposta do 5º D. DT DIREITO*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL

OPERATÓRIO: *Amputação do 5º D. DT DIREITO*

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*Paciente vindo de Jaguaratama por trauma
na mão direita (acidente com machete).
Admitido para avaliação e conduta.*

Médico Responsável

Angela de Lima Almeida
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1. NOME DO ESTAB. (COM NOME DO SOLICITANTE)
 HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
 2. NOME DO ESTAB. (COM NOME DO SOLICITANTE)
 HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

3. CNES
 232800-3
 4. CNES
 232800-3

Identificação do Paciente
 1. NOME DO PACIENTE
 PEDRO CESAR LEMOS

6. Nº DO PRON. - 00111834

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
 898003258645422

8. DATA DE NASCIMENTO
 10/06/1952

9. SEXO

1 - Masculino

10. RAÇA / COR

Parda

11. NOME DO RESPONSÁVEL
 MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

12. TELEFONE DE CONTATO
 (88) 98136-1685

13. NOME DO RESPONSÁVEL
 PEDRO CESAR LEMOS

14. TELEFONE DE CONTATO
 (88) 98136-1685

15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA DOM LUIS - 2385 - PROX A ARNOLDO - ZONA RURAL

16. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JAGUARETAMA

17. COD. BOP. MUNICÍPIO (IBGE)
 230670

CE

63.480-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Ata de vitas e exames de
 tuberculose, cujos resultados
 foram negativos.*

18. DESCRICÃO DA JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Malária e anemia

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Malária e anemia

20. DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

21. DOENÇA PRINCIPAL

22. DOENÇA SECUNDÁRIA

23. OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408260042

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO

29. Nº DO DOCUMENTO

30. Nº / CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

TRAUMATOLOGICA

URGÊNCIA

C. N. S.

182215039540018

31. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

32. DATA DA SOLICITAÇÃO

09/01/2018

33. ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34. 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35. 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36. 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37. CNPJ DA EMPRESA

38. CNAE DA EMPRESA

39. CBOE

40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41. TEMPO DE TRABALHO

42. TEMPO DE TRABALHO

43. AUTÔNOMO

44. TEMPO DE TRABALHO

45. TEMPO DE TRABALHO

46. TEMPO DE TRABALHO

AUTORIZAÇÃO

47. CBOE ORÇAMENTO

48. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49. Nº DO DOCUMENTO

50. Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51. Nº DO DOCUMENTO

52. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53. DATA DA AUTORIZAÇÃO

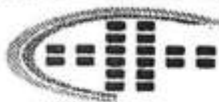
02/01/2018

[Assinatura]

ÁREA CORRETORA DE SEG. LTI

30 JUL 2018

[Assinatura e Carimbo]

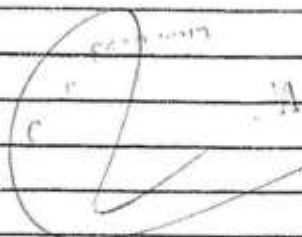
**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS****BOLETIM DE OPERAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Paula Cassia LeitesDATA: 03 / 01 / 2018LEITO: 52**DIAGNOSTICO CLÍNICO:****DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**Reptorização de
anexos do S-OV**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:Biquil**OPERAÇÃO:**Anexos Tumorais
do S-OV**CLASSIFICAÇÃO:**INÍCIO: 20:30h FIM: 21:50hACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E
REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**CONTAGEM COMPRESSAS:**

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Paulo Cesar Torres

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
07/01/18		Paciente internado e realizado exat. (intubação da 5ª D.)
09/01/18		1º PO regularização conta computador dado em
10/01/18		alta dispensada.



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro Carlos Gomes

ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: 7

RESUMO CLÍNICO: Realizada cirurgia laparoscópica de
ampliamento parcial do 6º DDT direito.
Sem intercorrências.
Evolution satisfatória.

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Bx. Histo-c
12+

PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 08/06/18 ALTA: 10/07/2018 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: Ampliação parcial do 6º DDT direito e hipertrofia
parcial do 6º DDT

OBSERVAÇÕES: Exame complementar patológico.

Dr. Aluisio Amorim Filho

CRM: 10.101/2018

MÉDICO RESPONSÁVEL

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

30 JUL. 2018

35.

[illegible]



CNPJ: 07.770.001/0001-44

RECEITUÁRIO

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS.

End.: RUA PRIMEIRA

Atendo por o paciente
cuja foi submetido a cirurgia
11/ Ruptura de
Ampliação Transverso
do crânio. Dissecção
de meninges.

Entre em contato
Data: 26/03/13
Alto Definitivo

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




Assinatura do Titular

Pedro Cesar Lemos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
PEDRO CESAR LEMOS

Ng de Inscrição
711363393-53

Data do Nascimento
10/06/52



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2430243-92 DATA DE EMISSÃO 29.07.92

NOME **PEDRO CÉSAR LEMOS.**

FAMÍLIA **Pedro Lemos de Almeida.
Maria Leocilda Barreto de Lemos.**

CIDADE **Jaguaretama-Ce** DATA DE EMISSÃO **10/06/1952**

CERT. NASC: 6.785, LV: A/17, FLS: 135,
Cartório de Jaguaretama-Ce

CPF

FORTALEZA-CE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Pedro Cesar Lemos*

PEDRO CESAR LEMOS

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/95

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965037243
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CHDO 01 595495630 10005000000 2016

WALLEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO

RUSSAS/CE

00655579303

ORU4765

*****/CE

95365824XDR339601

CAR/CATEGORIA/C. FICHA 001 DIESEL

VW/24.280 CRM 632

2013 2013

16.12T/275CV/4EX

ALUGUEL

BRANCA

DATA ÚNICA	VENZ. DATA ÚNICA	VENZ. COTAS
1*****	2*****	3*****
4*****	5*****	6*****
7*****	8*****	9*****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)	CF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
105.81	0.42	110.38	11/07/2016

CH ALONG 224970;*****

RUSSAS

Local
Igor Pontes



DATA 24/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
NO DOMINIO DE VIA TERRESTRE OU POR QUEBRA DE ACESSO
TRANSPORTADOS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012965037243 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
00655579303 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA ORU4765
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 24/01/2017

01 00655579303 ORU4765

595495630 VW/24.280 CRM 632

2013 10 95365824XDR339601

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	SENAÇÃO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
47.61	6.29	52.91

CUSTO DO BILHETE (R\$)	CF (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
4.15	0.42	110.38

☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	DATA DE OUTRORA
		11/07/2016

DESPACHANTE

LOTE/DO SEGURADORA LIDRARD DPVAT 7931

MOTOR: 2093494A0484928 0001-04

www.seguradoralidrard.com.br

JUL-2016

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348465 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276554/18

Número do Sinistro: 3180348465

Vítima: PEDRO CESAR LEMOS

CPF: 711.363.393-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

PEDRO CESAR LEMOS : 711.363.393-53

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: 10/09/2018
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA
CPF: 004.071.683-03

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS