
Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190058944

Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190058944

Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190058944 Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Data do Acidente: 20/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190058944

Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002999-8

Conta: 000003498-3

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 378.173.963-53 Nome completo da vítima: Francisco Lucio da Silva Carneiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Lucio da Silva Carneiro CPF: 378.173.963-53

Profissão: Op. de preparação Endereço: Av. Mendel Steinbruch Número: 13291 Complemento: _____

Bairro: Pajuçara Cidade: Maracanã Estado: Pernambuco CEP: 64.900-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 98521-8557

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco - 237

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 3498 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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 ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Maracanã - CE 18/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNEIRO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

23 JAN. 2019

Assinatura

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

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



LIBIA CORRETORES DE CREDITO

03 JAN. 2019

ASS 23 JAN. 2019



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará

Confere em: 19/11/2018.

P.O.
Chefe / Emissão de Certidão

1º Ten. QOPM
Mat. 308463-1-1

CERTIDÃO Nº. 674/2018.

O Ten. Cel. QOPM **RONALDO** José de Sousa da Silva, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - **BPRE**, no uso de suas atribuições legais, **CERTIFICA**, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito - **BOAT**, sob nº **16664-11**, acerca de acidente ocorrido na RV CE 060, Km 07 no Município de Maracanaú/CE, no dia 20/09/2018, às 09h20min, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	COLISÃO
Veículo e Condutor 01	HONDA/NXR 150 BROS , de placa(s) ORY 4012-CE , conduzido por Francisco Lúcio da Silva Carnauba, nascido em 28/10/1970, prontuário nº 05717789602-CE, categoria de habilitação "A" , CPF: 378173963-53, RG: 2262667211, residente na Av. Mendel Steimbruch, nº 13291, Bairro: Jardim Bandeirantes, Maracanaú/CE. Proprietário (a) : Climene Maria Primo. Veículo entregue : Raphael Primo de Lima, CPF: 00577754351, CAT AB, RG: 2001002274840-SSPCE.
Veículo e Condutor 02	HONDA/CG 160 FAN , de placa(s) PNT 0544-CE , conduzido por João Leno Gomes de Araujo, nascido em 23/06/1990, prontuário 05038552493-CE, categoria de habilitação "AB" , CPF: 04285887355, Rg: 2005010133706, residente à Rua São Cura Dar's, nº 122, Bairro: Cristo Redentor, Fortaleza/Ce. Proprietário (a) : Raimundo Crispim Gomes. Veículo entregue : Ao condutor.
DESCRIÇÃO : Segundo a versão do condutor do V2 , declarou que: "Eu vinha conduzindo meu veículo sentido Pacatuba, quando cheguei na rotatória de Maracanaú o rapaz entrou sem olhar e a gente colidiu as motos". Atendeu a ocorrência : O 1º Sgt PM18110 Lourenço Nunes de Azevedo Neto, MF: 118931-1-6, de serviço na VTR 2071-BPRE , informa que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), acostamento estreito e iluminação boa. Informou também que: No local, encontravam-se os veículos envolvidos no acidente, tombadas ao solo, onde o condutor de V1 fora socorrido pelo resgate 32- STBM Beserra e ST Gleuber, que o conduziram ao hospital da Pajuçara. E não preencheram as declarações. Que os trabalhos periciais foram realizados pela pericia 7020-perito Ireudo. Componentes que atenderam a ocorrência : 1ºSgt Azevedo e Cabo Carneiro, e Sd Anderson. Avaria(s) (V-1) : retrovisor esquerdo e pedal de macha avariados. Avaria(s) (V-2) : pedal esquerdo e manete esquerdo avariado. Vítima (01) : Francisco Lúcio da Silva Carnauba, nascido em 28/10/1970, condutor do V1, usava capacete, conduzido ao hospital da Pajuçara com ferimentos leves. E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, EMANUELY Bastos de Araujo, CABO PM, MF: 303050-1-9, Digitadora, a digitei e assino <i>Emmanuel Bastos de Araujo</i> conforme original.	

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - BPRE, Fortaleza/CE, em 19/11/2018.

Ronald
RONALDO José de Sousa da Silva - TC QOPM
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual
MF: 084.629-1-7

Rubens
Rubens Pereira Alves MAJ PM
Mat. 676.840-1-0

UNIDADE CORRETORA DE SEG. VI

03 JAN. 2019

23 JAN. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 378.173.963-53 Nome completo da vítima: Francisco Lucio da Silva Carneiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Lucio da Silva Carneiro CPF: 378.173.963-53

Profissão: Op. de preparação Endereço: Av. Mendel Steinbruch Número: 13291 Complemento: _____

Bairro: Pajuçara Cidade: Maracanã Estado: Pernambuco CEP: 64.900-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 98521-8557

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco - 237

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 3498 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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 ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Maracanã - CE 18/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNEIRO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

23 JAN. 2019

Assinatura

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

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 20/09/2018

HORA 10:24

PACIENTE:	FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA				
DATA DE NASCIMENTO:	28/10/1970	CNS	700.306.949.535410		
MAE:	JOVENILBA DA SILVA CARNAUBA				
PAI:					
ENDEREÇO:	AVENIDA MENDEL ESTEBUCH	Nº	1330	BAIRRO:	JARDIM BANDEIRANTE
MUNICÍPIO:	MARACANAÚ	TELEFONE:	85 85218557		
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	SIM	NÃO:	RECEPCAO:		
ESPECIALIDADE:	TRAUMOLOGISTA				
MÉDICO:	DR. GADELHA				
UNIDADE:	ABEMP				
CONVÊNIO:	SUS				

RESUMO DE TRATAMENTO

*ACIDOSE DE TRATAMENTO
SINTOMAS DE FOME DE AÇÚCAR + FOME EXCESSIVA DO DIA
INJUNDO ALTO CÍRICO*

COMISSÃO REVISORA DE PROTOCOLOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
MARACANAÚ-CE

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

SOLTO DE DE MEX (FOME DE AÇÚCAR)

EXAMES SOLICITADOS

*Rx de Bacia em AP / LATERAIS LOMBAS DE MMII
Rx de Bacia IN VEST / OUT VEST*

DIAGNÓSTICO:	CID:
PROCEDIMENTO:	CÓDIGO: 0204600095
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM:	0301600001
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE:	

*Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RQE-5137
CRM 10134*

NÃO:
COMISSÃO REVISORA DE PROTOCOLOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
MARACANAÚ-CE

03 JAN. 2019

ASS: DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Ass: Paciente/Responsável
ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999-8

CONTA: 000000003498-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1402201905000000000023702999000000003498236250 PAGO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 378.173.963-53 Nome completo da vítima: Francisco Lucio da Silva Carmauba

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Lucio da Silva Carmauba CPF: 378.173.963-53

Profissão: Op. de preparação Endereço: Av. Mendel Steinbruch Número: 13291 Complemento: _____

Bairro: Pajuçara Cidade: Maracanau Estado: Pernambuco CEP: 64.900-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 98521-8557

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco - 237

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 3498 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Maracanau-CE 18/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARMAUBA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

23 JAN. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



LIBIA CORRETORES DE CREDITO

03 JAN. 2019

ASS 23 JAN. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 556727408

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
639739 DV **5**

VENCIMENTO
14/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
108,69

Rota 04 026001 16 0202600 Medidor Poste
Nome FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA 4864804 0000 A45E
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV MENDEL STEINBRUCH 13291 PAJUCARA MARACANAU

RG / CPF / CNPJ 378.173.963-53 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP	9549	9428	1	121	0	121

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	121	0,72504	87,72

OUTROS PAGAMENTOS

DOACAO UNICEF - TEL 0800-726-2272	1,00
JUROS DO MES	1,23
MULTA MORATORIA	2,23
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	16,51

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
07/01/2019	06/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

12AD.F8CA.DA61.711A.263F.937A.AA81.5A59

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
87,72	27%	23,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	32,58
TRANSMISSÃO	3,47
DISTRIBUIÇÃO	18,57
ENCARGOS SETORIAIS	4,98
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	28,12

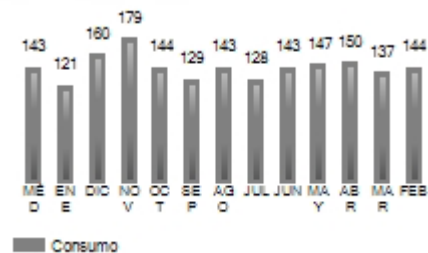
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 42,85
Conjunto

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:	639739-5	N° da Nota Fiscal:	556727408	Total a Pagar (R\$):	108,69
Data de Emissão:	29/01/2019	Referência:	JAN/2019	N° de Controle:	0000639739 00533 4369 2 05

83890000001-3 08690031000-3 00006397390-1 05334369214-8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Climene Maria Primo da Silva,

RG nº 2009062838-6 data de expedição 09/04/12

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 118.888.668-10, com

domicílio na cidade de Maracanaú, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Mendel Steinbruch, nº 13291

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco Lúcio da Silva Carnauba cujo o condutor era

Francisco Lúcio da Silva Carnauba.

Veículo: Motocicla

Modelo: Honda/NX R 150 Bros ESD

Ano: 2013

Placa: ORY4012ICE

Chassi: 9C2KDD540DR121766

Data do Acidente: 20/09/2018

Local e Data: Maracanaú-CE 26/11/2018.

Climene Maria Primo da Silva
Assinatura do Declarante

FRANCISCO LÚCIO DA SILVA CARNAUBA

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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAUCARA
OFICIALA TITULAR: SELY KARLA PROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.922.743/0001-23
Av. Mendel Steinbruch, 18627 - Paucara - CEP: 61.812-005 - Maracanaú - CE - Tel: (85) 3215.3171 / 8773.1946 - cartorio@paucara.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CLIMENE MARIA PRIMO DA SILVA, EM TEST. X DA VERDADE, Em test. X da verdade. DOU FE. Maracanaú-CE, 26/11/2018.

Maria Laurelena Teixeira

Contrato de autenticação assinado por Maria Laurelena Teixeira

VALIDO SOMENTE PARA SELO DE AUTENTICIDADE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

03 JAN. 2019

23 JAN. 2019



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Carmona

portador da Carteira Profissional nº

série

necessita de

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

cd. 562 - 570

Hospital e Ambulatório

Walter Candido de Oliveira
Tramo - Ortopedista
CRM - 1841

Ass. do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

03 JAN. 2019

23 JAN. 2019



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Francisco Lucas M. S. Gonsalves

Selo

T C DE Bacia

Francisco de Assis

20012

Dr. Marcus Guedes
Osteopata e Fisioterapeuta
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

DIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 JAN. 2019

23 JAN. 2019

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Lugo do Silva Camarões

vítima de acidente de trânsito, em 20/07/2018, sofreu:

Fratura do osso fêmur ESF
Fratura do ilíaco ESF
Fratura da bacia ESF
Fratura exposta do 2º quimodactilo ESF

e submeteu-se a tratamento(s):

Realizou a consólide dos fraturas
do pelve e cintura da
fratura do 2º quimodactilo. E
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dor e desconforto no nível
do pelve. grande dificuldade
limitar movimentos de flexão
do quadril ESF. Nos membros
inferiores, fôlego de umivido
nos membros inferiores com
piso, canga, não realiza ativi-
dades físicas. Prejudicado
deformidade no 2º quimodactilo ESF
Brogueiro ortomórfico. Prejudicado
funcionalmente.
Em meio a fratura.

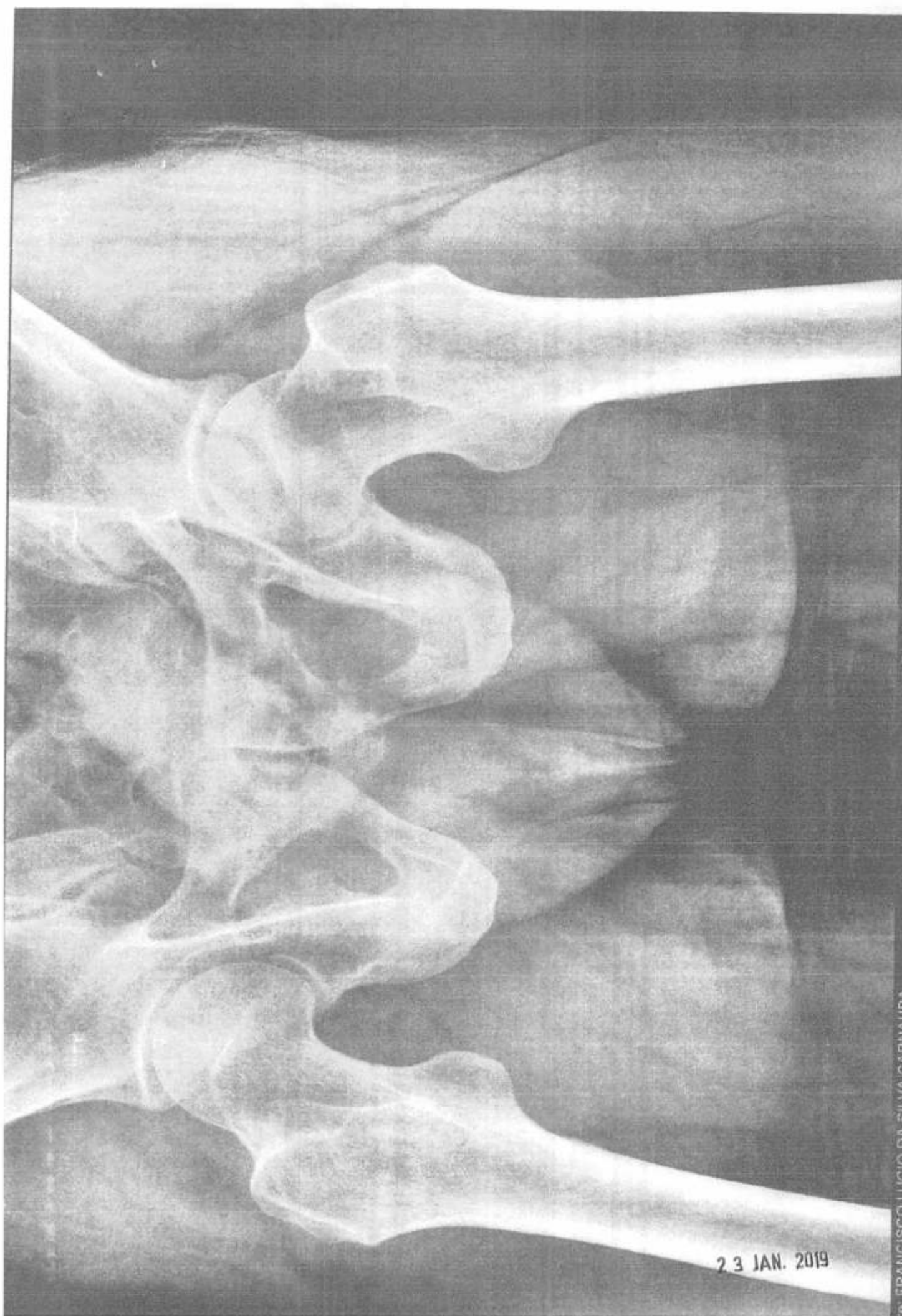
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

18/01/2019

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

23 JAN. 2019



23 JAN. 2019

Paciente: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA
HOSPITAL ABEMP
DATA: 20/09/2018
Técnico: TR JESILA
CONV.: SUS
63,3 %

79.2 %

10:35:33

Técnico: TR JESILA

DATA: 20/09/2013

85.6 %

0:35:59

Paciente: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

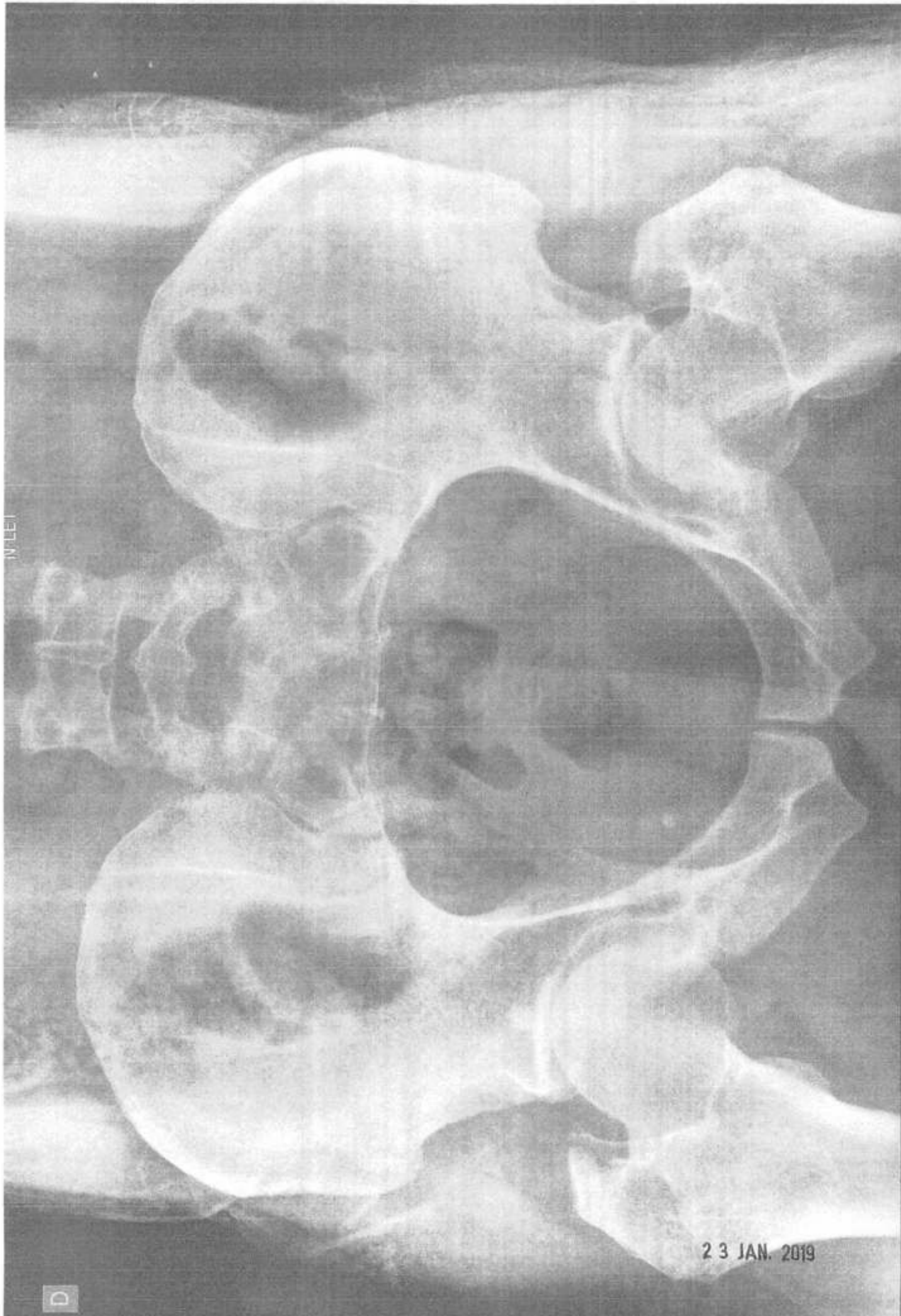
CONV.: SUS

HOSPITAL ABEMP

23 JAN. 2019



23 JAN. 2019



WLEI

D

23 JAN. 2019

Paciente: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA
HOSPITAL ABEMP
Técnico: TR JESILA
DATA: 20/09/2018
10:35:59
68.4 %
CONV: SUS



FILIA DA FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Fiduciária de
R\$ 6
Fiduciária de R\$ 6 e
Fiduciária de R\$ 6
20/09/2018.

Walter Candido de Oliveira
Tremo - Oropedista
CRM 7841

Rua João de Deus, 363 - Pajuçara - Maracanaú - Ceará - Fones: (85) 3215.3183, 3215.3174

TELEPART em todo Maranhão 0600.282280

CNPJ 06.578.811/0001-06 CNSS: 23002605898, 65-51

...DA CORRETORA DE SEG. LTU-

, 03 JAN. 2019

ASS: 23 JAN. 2019

Nome: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA
Exame: TC BACIA
Médico Solicitante: MARCUS GADELHA
Convênio: PARTICULAR
Data: 22/09/2018 Pedido: 177587

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

TÉCNICA: foram realizados cortes axiais, sem o uso de contraste endovenoso, sob técnica helicoidal.

ANÁLISE:

- traço de fratura envolvendo o corpo do ílio esquerdo, estendendo-se até o teto acetabular, sem desalinhamento significativo dos fragmentos ósseos.
- traço de fratura na transição do acetábulo com o ramo superior do púbis esquerdo, sem desalinhamento significativo dos fragmentos ósseos, estendendo-se até a superfície articular na fossa do acetábulo.
- pequena fratura no ramo inferior do púbis esquerdo, sem desalinhamento significativo dos fragmentos ósseos.
- pequeno fragmento ósseo medindo 1,1 cm adjacente ao aspecto posteroinferior do acetábulo, podendo estar relacionado a fratura desta região.
- focos hiperdensos no osso ilíaco à esquerda, junto a articulação sacroilíaca, medindo 1,0 cm, bem como no acetábulo à direita, medindo 0,8 cm, sugestivos de enostoses.
- mínimo derrame articular à esquerda.
- cabeças femorais tópicas e simétricas, de contornos regulares e esfericidade preservada.
- acetábulo direito de contornos regulares e concavidades normais.
- espaço articular do quadril direito preservado.
- articulações sacroilíacas com aspectos habituais.
- sínfise púbica com morfologia e contornos conservados.
- texturas ósseas normais.

Nota: Hérnia inguinal à direita com conteúdo gorduroso.



Dra. Naura Vasconcelos Alves Neta
Médica Radiologista CRM 15282/CE

03 JAN. 2019

Ass.

23 JAN. 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544872560

PROTEIDO PLÁSTICAE
1544872560

NOME: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 20082667211 SSP CE

CNPJ: 378.173.963-53 DATA NASCIMENTO: 26/10/1970

ENDEREÇO: FRANCISCO DE ASSIS CARNAUBA JOVENILHA DA SILVA CARNAUBA

PERMISSÃO: ACC CATRÂS

Nº REGISTRO: 05717789802 VALIDADE: 27/09/2022 1ª EXATIDÃO: 26/02/2013

OBSERVAÇÕES:
 SEM OBSERVAÇÃO;

Francisco Lúcio da Silva Carnauba

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 02/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: 55210955378 CE161599354

CEARÁ

23 JAN. 2019

COPIETORA DE SEG. LTD.

03 JAN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190058944 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CARNAUBA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do íliaco, acetábulo e púbis esquerdo. Fratura da falange distal do 2 quirodáctilo esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação da flexão na articulação interfângica proximal do 2 quirodáctilo esquerdo. Limitação leve dos movimentos de flexão e moderada de abdução, rotação medial e lateral do quadril

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura do 2 quirodáctilo e conservador para o quadril. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em dezembro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: 50% de sequela do 2 quirodáctilo esquerdo e 50% de sequela do quadril esquerdo causada pela anquilose na articulação interfalângica do 2 quirodáctilo esquerdo e perda moderada dos movimentos do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2019

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 2 quirodáctilo esquerdo e do quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**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: 3190058944

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Endereço do(a) Examinado(a): AVENIDA MENDEL STEINBRUCH, 13291 -
Maracanaú/CE - CEP 61910-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 05717789802 - CNH -
02/10/2017

Data e Local do Acidente : 20/09/2018 - MARACANAÚ - CE

Data e Local do Exame : 07/02/2019 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ILÍACO, ACETÁBULO, PÚBIS ESQUERDO; FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O QUADRIL COM FISIOTERAPIA. OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA NO 2º QUIRODÁCTILO. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM DEZEMBRO DE 2018.

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

ANQUILOSE NA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA DISTAL E LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO NA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA PROXIMAL DO 2º DEDO. LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO E MODERADA DE ABDUÇÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL DO QUADRIL.

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 FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E DO 2º QUIRODÁCTILO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

Região Corporal

QUADRIL ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

A SEGURADORA LIDER

18/01/2019

EU FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA, PORTADOR
DO CPF 378.173.963.53.

VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR AOS SENHORES
REVISÃO DE MEU PROCESSO DE SEGURO DPVAT, TENDO EM
VISTAS QUE POSSUO SIM SEQUELAS E QUE JÁ ENVIEI
TODOS OS DOCUMENTOS MEDICOS QUE POSSUO.

DISPONHO-ME A COMPARECER A PERICIA MEDICA PARA
COMPROVAR MINHAS SEQUELAS.

ATENCIOSAMENTE

Francisco Lucio da Silva Carnauba

23 JAN. 2019



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisco Lucio da Silva Carneiro
DATA DO ACIDENTE 20109148 CPF DA VÍTIMA 378.173.963-53
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Mendel Steinboech
Nº 13291 COMPLEMENTO Paguepaua BAIRRO
CIDADE Manacanaú UF CE CEP
E-MAIL TELEFONE (85) 98521-8557

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA Francisco Lucio
DA SILVA CARNEIRO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

23 JAN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190058944 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CARNAUBA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do íliaco, acetábulo e púbis esquerdo. Fratura da falange distal do 2 quirodáctilo esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação da flexão na articulação interfângica proximal do 2 quirodáctilo esquerdo. Limitação leve dos movimentos de flexão e moderada de abdução, rotação medial e lateral do quadril

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura do 2 quirodáctilo e conservador para o quadril. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em dezembro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: 50% de sequela do 2 quirodáctilo esquerdo e 50% de sequela do quadril esquerdo causada pela anquilose na articulação interfalângica do 2 quirodáctilo esquerdo e perda moderada dos movimentos do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2019

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 2 quirodáctilo esquerdo e do quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190058944 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CARNAUBA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA DO ACETÁBULO E ÍLIO ESQUERDOS.
PEQUENA FRATURA DO PÚBIS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 3) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190058944 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CARNAUBA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA DO ACETÁBULO E ÍLIO ESQUERDOS.
PEQUENA FRATURA DO PÚBIS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027190/19

Número do Sinistro: 3190058944

Vítima: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

CPF: 378.173.963-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA : 378.173.963-53

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: 30/01/2019
Nome: FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA
CPF: 378.173.963-53

FRANCISCO LUCIO DA SILVA CARNAUBA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS