

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3220041124

Nome do(a) Examinado(a): JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): Av Miguel Skeff, 58, , Horizonte/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: MTPE / 090595

Data e local do acidente: 28/11/2020 - Chorozinho/CE

Data e local do exame: 10/08/2022 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do rádio distal esquerdo. Trauma corto contuso no joelho esquerdo.

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

Atendido na unidade de pronto atendimento de Horizonte, foi submetido a imobilização gessada no punho esquerdo e sutura de lesão no joelho esquerdo. Não foi submetido a fisioterapia motora e teve sua alta definitiva, sem complicações, no mês de abril de 2021.

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

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

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

Não

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

Não

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

Apresenta bloqueio grave do arco de movimento do Punho. Mobilidade preservada para o joelho.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Punho Esquerdo - Intenso - 75%

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


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041124

Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041124

Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000711-0

Conta: 000001000975-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

626.638.103-63

4 - Nome completo da vítima:

Jurailson Rozendo de Araújo

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

5 - Nome completo:

Jurailson Rozendo de Araújo

6 - CPF:

626.638.103-63

7 - Profissão:

meleirico

8 - Endereço:

Ave. Miguel Scheff

9 - Número:

58

10 - Complemento:

11 - Bairro:

mal. Coimhada

12 - Cidade:

Florizonti

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62882-000

15 - E-mail:

16 - Tel./DDD:

085.99384.3053

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0411

0

CONTA:

1000 945

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Florizonti - CE, 02-08-2022

* JURAILSON ROZENDO DU ARAUJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CHOROZINHO
Impresso nº 2021448737



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 443 - 105 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2021 10:14:24**
Data / Hora da Ocorrência: **28/11/2020 15:02:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 116 - CHOROZINHO/CE**
Ponto de Referência: **POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JURAILSON ROZENO DE ARAUJO**
Nascimento: **01/04/1981** CPF: **626.638.103-63**
RG : Orgão Emissor: UF:
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA ODETE ROZENO DE ARAUJO**
FRANCISCO VIEIRA DE ARAUJO
Endereço: **AVENIDA MIGUEL SKEFF, 58**
Bairro: **DIADEMA II**
Município: **HORIZONTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99187-3053**
Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSS4655 Uf: CE Município: REDENCAO Chassi:
9C2KD0550DR122208 Renavam: 585394989 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: VERMELHA Proprietário: ANTONIO FERREIRA LIMA Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

QUE o noticiante JURAILSON ROZENO DE ARAUJO afirma que estava como garupeiro da motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES de PLACA OSS4655, que estava sendo pilotada por um amigo do noticiante, de nome HENRIQUE; QUE transitavam pela BR116, quando o condutor do veículo passou por um buraco, onde o noticiante veio a cair da motocicleta; QUE no acidente o noticiante veio a ter um fratura no punho esquerdo e escoriações no joelho esquerdo(levou pontos); QUE o noticiante foi socorrido do local por um táxi que a filha do noticiante mandou buscar o mesmo; QUE o declarante se dirigiu ao HOSPITAL MUNICIPAL DE HORIZONTE, cidade onde o mesmo reside; QUE depois foi transferido para UPA de HORIZONTE/CE, onde teve seus primeiros atendimentos; QUE na UPA o noticiante teve os pontos feitos no joelho esquerdo; QUE no HOSPITAL MUNICIPAL DE HORIZONTE o noticiante teve seu braço engessado; QUE este boletim de Ocorrência tem fins de DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CHOROZINHO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

* JURAILSON



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE CHOROZINHO

Impresso nº 2021448737



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 443 - 105 / 2021

SEIGO MIRRAY FARIAS MARQUES - MAT.: 301201-5-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x JUNAILSON ROZIANO DUARTE

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

MARCUS RAPHAEL ANDRADE JARDIM - MAT.: 30083016

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

626.638.103-63

4 - Nome completo da vítima:

Jurailson Rozendo de Araújo

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

5 - Nome completo:

Jurailson Rozendo de Araújo

6 - CPF:

626.638.103-63

7 - Profissão:

meleirico

8 - Endereço:

Ave. Miguel Scheff

9 - Número:

58

10 - Complemento:

11 - Bairro:

mal. Coimhada

12 - Cidade:

Florizonti

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62882-000

15 - E-mail:

16 - Tel./DDD:

085.99384.3053

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0411

0

CONTA:

1000 945

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, mas discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Florizonti - CE, 02-08-2022

* JURAILSON ROZENDO DU ARAUJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/08/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8144421

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00711

CONTA: 000001000975

Número da Autenticação

5C993EECF431AE5E

B1 RESIDENCIAL - Residencial - HZ224U54 -		Monofásico
84600 - 5359152-ELE-626		
JURILSON ROZEN DE ARAUJO		
AV MIGUEL SKEFF, 50, 06050		
MAL COZINHAADO, HORIZONTE, CE		6902968
CEP: 62862-000		
CPF: ***.038.10*** - INSC. EST.: ISENTO		6902968
06/2022	14/07/2022	R\$ 203,46

NOTA FISCAL N 017509941 - SERIE 001 / DATA DE EMISSAO: 07/09/2022

EMITIDO EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://dfeportal.sefazvirtual.rs.gov.br/NF3econsulta>

chave de acesso:

2322 0607 0472 5100 0170 6800 0017 5089 4110 9944 2299

Protocolo de autorizacao: 3232200015899484 - 07/09/2022 as 23:32:24-03:00

CFOP 5258: VENDA DE ENERGIA ELETRICA A NAO CONTRIBUINTE

Data de apresentacao: 07/07/2022

FATURADO POR MEDIA - LEITURA BIMESTRAL
 Periodos: Band. Tarif.: Verde : 07/05 - 07/06
 A tarifa da Enel Ceará foi reajustada, em média 24,85%, por meio da REH ANEEL nº 3026/22, com vigência de 22/04/22 a 21/04/23. Mês de julho/22: bandeira verde.

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	MEDIDA DE LEITURA
	06/05/2022	07/06/2022	32	07/07/2022

Itens do Faturam.	Unid.	Qtd	Preço un.(R\$) contribuintes	Valor (R\$)	PIS COPINS	ICMS (R\$)	Alíq ICMS%	ICMS	Taxita un. R\$
Energia Ativa Fornecida TE	kWh	131	0,43718	57,27	1,89	57,27	57,00	15,46	0,35479
Energia Ativa Fornecida TUSD	kWh	131	0,61221	80,20	2,66	80,20	27,00	21,55	0,42098
CIP Ilum Pub Prel Municipal			0,00000	18,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
Cob. Aprestoria Q. Pavi (86) 3254, 1010			0,00000	49,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
SUBTOTAL FATURAMENTO:				137,47					
SUBTOTAL OUTROS:				66,99					
TOTAL:				203,46	4,55	137,47		37,11	

EQUIPAMENTOS DE MEDICAO E CONSUMO NO PERIODO:

N.Modider	P.Horario/Sig	Data Leit	Leitura	Data Leit	Leitura	Fator	Consumo	Dias
6369152-ELE-626	HFP	07 MAJ	6.126	07 JUN	6.257	1,00	131	32

Tipos Fat: LID - Lido; MED - Media de consumo; MIN - minimo faturavel

CONSUMO (kWh)				TRIBUTOS - BASE DE CALCULO RS				ALÍQUOTA CH		VALOR RS	
Mes/Ano	Kwh	Dias	Tipo	ICMS	PIS	COFINS					
MEDIA	315	30	-	137,47	100,36	100,36	27,00	0,81	37,11		
JUN22	131	32	MED					3,75			
MAI22	737	29	LID								
ABR22	89	30	-								
MAR22	614	31	LID								
FEB22	99	29	-								
JAN22	115	30	LID								
DEZ21	89	31	-								
NOV21	366	30	LID								
OCT21	89	29	-								
SET21	142	30	LID								
AUG21	89	30	-								
JUL21	89	30	-								
JUN21	89	31	-								

DADOS DE MEDICAO							
Medidor	Granzeira	Ponto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Const.	Consumo	
6369152-ELE-626	ENERGIA ATIVA - kWh	HFP	6.126	6.257	1,00	131	

CONSTAM OS SEGUINTE DEBITOS SUJEITOS A COBRANÇA, CASO JA TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERAR:

Mes/Ano	Valor(R\$)	Mes/Ano	Valor(R\$)	Mes/Ano	Valor(R\$)
01/2022	136,48	11/2021	8984,16	07/2019	178,60
05/2017	135,62	OUTRO8	3880,12		

For 085-99187-3053
Bill

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 ABRIGADA NACIONAL DE EMBLEMA

JURAILSON ROSEN DE ARAUJO

2141716180

090595 **MTPE** **CE**

624.638.103-69 **01/04/1981**

FRANCISCO VIRIRA DE ARAUJO
MARIA ODETE ROSEN DE ARAUJO

02613264859 **28/01/2021** **11/11/2002**

CEARÁ

2141716180

28/01/2021

11578966555
CE179254928

VITIADO
 005
 Form. 99197: 3053

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 013568380640 BILHETE DE SEGURO 1204

[illegible]

01	04740540363	0834
----	-------------	------

REMARKS	MARCA	MODEL

2013 02 9021005500K122208

PRÉTO FABRIC

FIN (R)	DENATRAM (R)	QUANTO SEGURO (R)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	DATA DE EMISSÃO DO BILHETE
24,15	0,7	12/05/2010

☒ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO		DATA DE QUITADO 10/10/2014
--	--	------------------------------------	--	-------------------------------

SEGURODORA LIDER - DFVAT
CNPJ 09.245.609/0001-44

MOBILE: KBOUE5D122200

93-08617

[illegible]

© 2010 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 267: 101–108

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022851/22

Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

CPF: 626.638.103-63

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 28/11/2020

Titular do CPF: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JURAILSON ROZENO DE ARAUJO : 626.638.103-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2022
Nome: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO
CPF: 626.638.103-63

JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2022
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará

CONSULTA INTEGRADA

POLÍCIA CIVIL

SEIGO MIRRAY FARIAS MARQUES

[Alterar Senha](#)

[Sair](#)

Informações do Veículo em 20/04/2021 10:21

[Nova Consulta](#)

Restrição 4: 00

Dados Veículo

Número Chassi: 9C2KD0550DR122208

Placa: OSS4655

RENAVAM: 00585394989

Situação Veículo: CIRCULACAO

Potência Veículo: 000

Cilindradas: 0149

Número Motor: KD05ED122208

Procedência do Veículo: NACIONAL

Capacidade de Passageiros: 002

Restrição 1: 00

Restrição 2: 00

Restrição 3: 00

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Cor: VERMELHA

Ano de Fabricação: 2013

Ano do Modelo: 2013

Número Eixos: 00

Tipo Veículo: MOTOCICLETA

Tipo Carroceria: NAO APLIC.

Espécie Veículo: PASSAGEIRO

Estado: CE

Município: REDENCAO

Roubado: Não

Situação S25: Veículo sem Ocorrência de S25

Dados do Proprietário

CPF Proprietário: 84740540363

[+ Informações](#)

Fonte: DETRAN/DENATRAN

© CTIC - Coordenadoria da Tecnologia da Informação e Comunicação - Gerando Soluções

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041124 **Cidade:** Chorozinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURAILSON ROZEN DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo. Trauma corto contuso no joelho esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/08/2022

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041124 **Cidade:** Chorozinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURAILSON ROZEN DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo. Trauma corto contuso no joelho esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/08/2022

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041124 **Cidade:** Chorozinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P9)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (@P11) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041124 **Cidade:** Chorozinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P9)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (@P11) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022851/22

Vítima: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

CPF: 626.638.103-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/11/2020

Titular do CPF: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JURAILSON ROZENO DE ARAUJO : 626.638.103-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2022
Nome: JURAILSON ROZENO DE ARAUJO
CPF: 626.638.103-63

JURAILSON ROZENO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2022
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS