

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180034563
Vitima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Data do Acidente: 28/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180034563**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RELLYSON PAULO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180034563**

Vitima: **RELLYSON PAULO DE SOUSA**

Data do Acidente: **28/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034563**.

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 12270397



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180034563
Vitima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Data do Acidente: 28/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180034563**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Sinistro: 3180034563

Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180034563** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088291

A/C: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180034563
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Data do Acidente: 28/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000035566-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Kellyson Paulo de Sousa
PORTADOR(A) DO RG Nº 98002353505 EXPEDIDO POR SSP/DC EM 13 / 08 / 1998 E
CPF 963494693-53 / CNPJ 0000000000-00000-00. PROFISSÃO PROFESSOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 4,000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1047 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35566-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MARCAVAL 02 de JANEIRO de 2018
LOCAL E DATA

Kellyson Paulo de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.


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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <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: 3380034563 CPF da Vítima: 96349409353 Nome completo da vítima: RELYSON PAULO DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: RELYSON PAULO DE SOUSA CPF titular da conta: 96349409353 Profissão: INSTRUTOR
Endereço: RUA 118 Número: 620 Complemento:
Bairro: CONJUNTO TIMBO Cidade: MARACANAÚ Estado: CE CEP: 61936180
Email: RELYSON.SOUSA@GMAIL.COM Telefone (DDD): (85) 985081274

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

☐ RECURSO 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: 1047 CNPJ: 013 CONTA: 00035566 D/V: 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO: NRO:
AGÊNCIA: D/V: CONTA: 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.

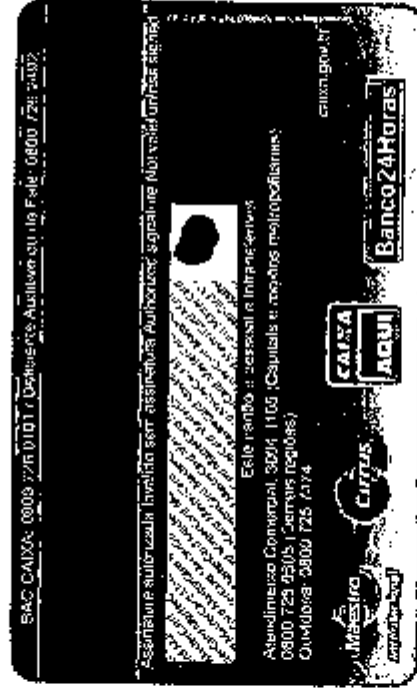
MARACANAÚ, 24 de JANEIRO de 2018

Lugar e Data

RELYSON PAULO DE SOUSA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 16 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **02/01/2018 08:53:26**
 Data / Hora da Ocorrência: **28/12/2017 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTORNO NORTE**
 Complemento:
 Bairro: **JEREISSATI - I** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **RELLYSON PAULO DE SOUSA**
 Nascimento: **02/05/1984** CPF:
 RG: **98002353505** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA SOLANGE DE SOUSA**
JOSE ROGERIO DE SOUSA
 Endereço: **RUA CENTO E DEZOITO, 620**
 Bairro: **CONJ. TIMBÓ** CEP:
 Município: **MARACANAÚ/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98508-1274**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ3110** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi:
9C2KD0550ER205897 Renavam: **1265132280** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **BRANCA** Proprietário: **RELLYSON PAULO DE SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Que seguia pilotando sua moto de placa PMQ-3110 pelo local supra quando o veículo que seguia a frente freou bruscamente; QUE o noticiante não conseguiu parar e bateu na traseira do veículo; QUE quebrou o braço esquerdo; QUE não identificou a placa do outro veículo; QUE nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

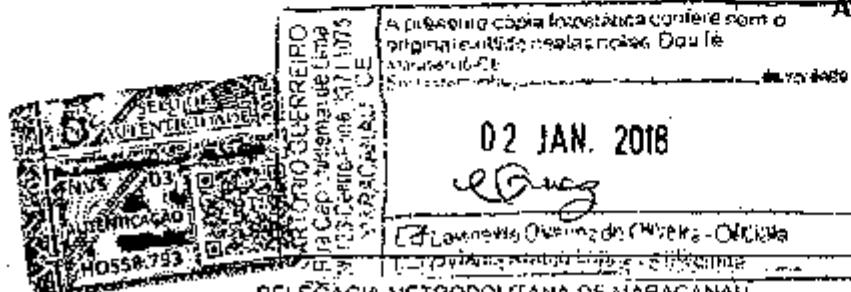
FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 133168-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rellyson Paulo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANDRÉ FRANCO DE FREITAS - MAT.: 300571-1-2



DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rellyson Paulo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 98002353505 e inscrito no CPF/MF sob o nº 963 494 013 53, residente e domiciliado na RUA 118 Nº 620, Cidade MARACANAÚ, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaracao de Inexistencia de IML



Rellyson Paulo de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MARACANAÚ 02 DE JANEIRO DE 2018

Local e data

001-9

Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário	Nro. Documento	☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe nº indicado ☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente ☐ Desconhecido ☐ Falecido ☐ Outros (anotar no verso)
SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI	1369 /27538	000034369	
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	
RELLYSON PAULO DE SOUSA	15/11/2017	50,00	
Receb(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

001-9 00190.00009 02465.675003 00030.280176 8 73440000005000

Recibo do Sacado

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário	Vencimento
SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI - CNPJ: 03.804.327/0006-19	1369 /27538	15/11/2017
Pagador	Nro. Documento	Nosso Número
RELLYSON PAULO DE SOUSA (CPF: 963.494.093-53)	000034369	2465675000030280-5
Espécie Doc.	Qtd de Moeda	(=) Valor
R\$		50,00
		(+) Outros Acréscimos
		(=) Valor Cobrado

Instruções (Todas informações deste bloqueto são de responsabilidade do cedente)

SP2116 - MUSCULACAO

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% - R\$ 1,00
 JUROS DIÁRIO DE 0.1% (3% A.M.) - R\$0.05
 ID: 00001449

Comprovante de residência



Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

Ouvidoria: 0800 726 2474
 bb.gov.br

001-9 00190.00009 02465.675003 00030.280176 8 73440000005000

Local de Pagamento	ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO BANCO DO BRASIL				Vencimento	15/11/2017
Beneficiário	SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI - CNPJ: 03.804.327/0006-19				Agência/Código Beneficiário	1369/27538
Data do Documento	Nro. Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número	
17/10/2017	000034369	DM	N	23/10/2017	2465675000030280-5	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor	
	17	R\$			50,00	
Instruções (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)					☐ Desconto/Abatimento ☐ Outras Deduções ☐ Juros/Multa ☐ Outros Acréscimos ☐ Valor Cobrado	
Pagador	RELLYSON PAULO DE SOUSA				CPF: 963.494.093-53	
	RUA 118,620-TIMBO					
Sacador/Avalista	61936180 MARACANAÚ - CE				2465675000030280-5	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





*Consulte disponibilidade das atividades na unidade SESI da sua região

(85) 4009.6300



COMBINE DUAS ATIVIDADES E GANHE UM DESCONTO ESPECIAL

CHEGARÃO OS COMBOS DE VIDA SAUDÁVEL DO SESI

MUSCULAÇÃO, GINÁSTICA, NATACÃO OU HIROGINÁSTICA?

RELLYSON PAULO DE SOUSA
RUA 118,620
TIMBO
61936-180 MARACANAÚ - CE

Nº Documento: 000D34369

Data do Vencimento: 15/11/2017

DESTINATÁRIO



PROTEÇÃO ANTIVIRAL



26.10.17

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI
AVENIDA JOÃO PESSOA, 6574
PARANGABA
60721-340 FORTALEZA - CE

REMETENTE

- ☐ Não procurado
- ☐ Ausente
- ☐ Falecido
- ☐ Informação escrita por terceiros
- ☐ Recusado
- ☐ Desconhecido
- ☐ Não é o número indicado
- ☐ Endereço insuficiente
- ☐ Não existe

Reintegrado ao serviço postal em:

Responsável Visão

PARA USO DOS CORREIOS

[illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
 Setor: 162000 RA.OX - HAP FORTALEZA
 Endereço: AV AGUANAMBI, 1827 FATIMA 80.055-401

Paciente: 23103889
 Data do Pedido: 28/12/17
 Data / Hora: 28/12/17 23:45:34

Atendimento: 47698637 Data: 28/12/2017 Operador: THAYNARA
 Paciente: 8324012 RELYSON PAULO DE SOUSA Idade: 33 anos(s) Sexo M
 Nascimento: 02/05/1984 Telefone:
 Endereço: R. 1º, 620 TIMBOP CEP: 61.335-818

Ovelha Principal:

Convenio: HAPVIDA MATRIZ Paciente: EXTERNO
 No. Carteira: 19182000388004026 Motivo: EMERGÊNCIA

Exames Solicitados: Guia Médico Solicitante Senha Qt Vi Unit Vi Total

32030118 RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO 54554504 MYKE HERBERT FONTC C57200949 1 0.00 0.00

DOR

Quantidade Total de Exames Solicita 1 Valor Total Exames Solicitados: 0.00

Telefone 3277-4129

Observações:

OS LAUDOS DE EXAMES SERAO ENTREGUES NA CENTRAL DE LAUDOS, APÓS UM DIA UTIL DE 2º A 6º DE : 07:30 AS 18 HS, NA RUA JOAO LOBO FILHO SIN TELEFONE : 32774129, SOMENTE COM A FICHA OU DOCUMENTO DO PACIENTE.

iRheH8

4769863721

hapvida
na sua vida

Ficha de Transferência

Código:
ANEXO.045.002-00

Setor:
ENFERMAGEM
EMERGÊNCIA

Página:
1 de 1

Data de Elaboração:
31/03/2015

Unidade solicitante:

Unidade receptora:

Data da solicitação: 21/12/2014

Data da saída do paciente: 1/1

Médico responsável: Dr. Nogueira

Médico responsável:

Hora da solicitação: 22:40

Hora da saída do paciente:

NOTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de Nascimento: 21/05/1984 RG:

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DO PACIENTE DE ENTRADA NA UNIDADE

Diagnóstico de entrada:

Fratura de punho direito, com deslocamento da articulação radiocarpiana.

Exatidão inicial: () Rastreio sang. Euf. () Rastreio sang. Euf.

Exames realizados na unidade: Radiografia de punho E: fratura

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Ações verificadas após a conduta inicial: Fratura de punho E.

Solicitação para o caso: Radiografia de punho E.

Indicação para a solicitação: Radiografia de punho E.

Data da chegada do paciente: 1/1
Responsável pela admissão do paciente:

Hora da chegada do paciente:

Autor:
Nogueira Lopes - Diretora Médica HapFor

Aprovador:
Carlos Augusto - Diretor Médico Corporativo
Vilaine - Sup. Adj. Da Área Médica



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Walter Cândido de Oliveira
MÉDICO - CRM 7841
Ortopedia/Traumatologia

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **RELLYSON PAULO DE SOUSA**, PORTADOR DO RG Nº 98002353505 - SSPDS/CE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 28/12/2017, ONDE SOFREU FRATURA DO PUNHO ESQUERDO CID S62.8. REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR POR IMOBILIZAÇÃO GESSADA DURANTE 30 (TRINTA) DIAS, POSTERIORMENTE REALIZOU FISIOTERAPIA PRESCRITA E AGORA SE ENCONTRA DE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO. AO EXAME, APRESENTA DÉFICIT MOTOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

MARACANAÚ/CE, 27 DE FEVEREIRO DE 2018.

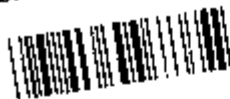
Walter Cândido de Oliveira
MÉDICO - CRM 7841
Ortopedia/Traumatologia

DR. WALTER CÂNDIDO DE OLIVEIRA
TRAUMATOLOGISTA
CRM: 7841

SEMPRE LÍNEA DENT 7

15-02-2018 09:22:07 7331 1/1

Documentos de identificação



 REPÚBLICA DE GUAYANAS FRANCESA 	
RELLYSON PAULO DE SOUSA	
	CPF: 98002353505 SSPDC CE
	CN: 963.494.093-53 DATA NASCIMENTO: 02/05/1984
	FUNÇÃO: JOSE ROGERIO DE SOUSA MARIA SOLANGE DE SOUSA
	SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ OUTRO ESTADO CIVIL: ☒ CASADO ☐ SOLTEIRO ☐ VIÚVO ☐ DIVORCIADO
Nº IDENTIFICAD: 33773363163	VIGÊNCIA: 20/05/2023 26/01/2006
SEM OBSERVAÇÃO:	
Assinatura do Titular: <i>Rellyson Paulo de Sousa</i> Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 29/05/2017 Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488721796

PROMISSÃO PLASTIFICAR
1488721796

1488721796

STOP THE BUSH TAX CUTS

Cheng, J. C. H. 1991. The

REILLYSON PAULO DE SOUSA

9634.9409353

PMQ3.1.10

***** /CEI 9021000550ER205897

PAS/MOTOCICLO/HBO APAC, GA30L/ALCO

HONDA/NXR160 BROS 45	2013	2014

2P/OCV/149CC PARTIC BRANCH

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

0000/00/00

MARACANI

WILLIAM H. WILSON

01/08/2017

U1.35.3'99'2003

2019

96349405357

PHQ-3110

2016 01/09/201

01 96349409353

DTEDW3

1265132280 HONDA/NXR150 BROOK ESS

2013 - 09 9C2KD0550ER205897

000/000/00000

SECURITY INFORMATION
 LOTE/DOC: 20517724 - INCRE.
 MOTOR: KD05SEI205897

附錄-2017

OUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019110/18

Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
CPF: 963.494.093-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: RELLYSON PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação

DUT

Outros

Outros



RELLYSON PAULO DE SOUSA : 963.494.093-53

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2018
Nome: RELLYSON PAULO DE SOUSA
CPF/CNPJ: 963.494.093-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2018
Nome: LUIS FERNANDO MACHADO GOMES
CPF: 663.312.507-00

RELLYSON PAULO DE SOUSA

LUIS FERNANDO MACHADO GOMES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pellyson Paulo de Sousa
DATA DO ACIDENTE 28/12/2017 CPF DA VÍTIMA 963 494 093 53
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VÍTIMA) ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Pellyson Paulo de Sousa
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 118
Nº 620 COMPLEMENTO BAIRRO CONJUNTO TIMBO
CIDADE MARACANAÚ UF CE CEP 61936-180
E-MAIL Pellyson.sousa@gmail.com TELEFONE (85) 985081274

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) ASSINA DA 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 LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NÚLIAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA, ALCOITANHARIAS 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 02/01/2018
IDENTIDADE 98002353505
ASSINATURA Pellyson Paulo de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 02.01.18
NOME SERGIO BARROS
ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder em
Convênios de Seguro DPvA

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019110/18

Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA

CPF: 963.494.093-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: RELLYSON PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros

RELLYSON PAULO DE SOUSA : 963.494.093-53

Autorização de pagamento



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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018

Nome: RELLYSON PAULO DE SOUSA

CPF: 963.494.093-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2018

Nome: Karine Gomes de Lima

CPF: 074.990.807-65

RELLYSON PAULO DE SOUSA

Karine Gomes de Lima

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019110/18
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
CPF: 963.494.093-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/12/2017
Titular do CPF: RELLYSON PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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: 15/06/2018
Nome: RELLYSON PAULO DE SOUSA
CPF: 963.494.093-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

RELLYSON PAULO DE SOUSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180034563
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Data do Acidente: 28/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180034563**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

- A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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 Lider-DPVAT

Pag. 012580,012581 - cinfo_03 - INVALIDEZ



SEGURADORA LIDER DPVAT 7

15-JUN-2018 08:22:07 3530 1/1

TESTE LIDER em PDF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034563 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034563 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de sessenta dias, sem prognóstico.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034563 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame de punho esquerdo: apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 35° e desvio radial aos 15° do punho, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, Fratura do rádio distal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/12/2017. Visando reduzir ou cura das sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador com imobilização gessada pelo período de 30 dias e fisioterápico para a fratura do rádio distal esquerdo. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade, em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

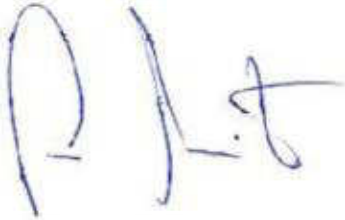
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034563 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame de punho esquerdo: apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 35° e desvio radial aos 15° do punho, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, Fratura do rádio distal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/12/2017. Visando reduzir ou cura das sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador com imobilização gessada pelo período de 30 dias e fisioterápico para a fratura do rádio distal esquerdo. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade, em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

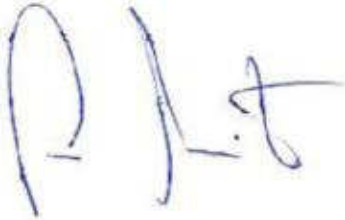
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



**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: 3180034563

Nome do(a) Examinado(a): Rellyson Paulo de Sousa

Endereço do(a) Examinado(a): Rua 118 casa 620 Timbó , Maracanau/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: CNH, DETRAN-Ce, 03773365163

Data e local do acidente: 28/12/2017, Maracanau/CE

Data e local do exame: 04/07/2018, Fortaleza/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do rádio distal esquerdo.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, conservador com imobilização gessada pelo período de 30 dias e fisioterápico para a fratura do rádio distal esquerdo. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no punho esquerdo.

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

Ao exame de punho esquerdo: apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 35° e desvio radial aos 15° do punho, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento.

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

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não.

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

Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade.

**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”

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 (Sequela): Punho - Esquerdo - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% 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.


Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600