



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2015

Carta nº: 7059023

A/C: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO

Sinistro: 3150481926
Vitima: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO
Data Acidente: 29/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2015

Carta nº: 7151771

A/C: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO

Sinistro: 3150481926
Vítima: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO
Data Acidente: 29/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2015

Carta nº: 7316307

A/C: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO

Sinistro: 3150481926
Vítima: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO
Data Acidente: 29/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000237-2

Conta: 0000031894-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011610301930

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 01 00451324714 2000000000Q 2014

FRANCISCO VENÂNCIO DE SOUZA
CRATEUS / CE

37072404358 PLACA

37072404358 CHASSIS

PAS/MOTOCICLO/NAO-ABRETO COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 FAN ES

2P/OCV/124CC

1 P. V. A

PREMIO TARIFARIO 101 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA RESTRITA OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANTO A SEU DPVAT

CE Nº 011610301930 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

37072404358 PLACA

37072404358 CHASSIS

PAS/MOTOCICLO/NAO-ABRETO COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 FAN ES

2P/OCV/124CC

1 P. V. A

PREMIO TARIFARIO 101 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

04076

OHV121

COD. RENAVAM

00451324714



ASSINATURA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.288.694/0001-04

www.seguradoralider.com.br

0407



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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, Francisco Venâncio de Souza Filho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007.228.876-2 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 02/10/13 E
 CPF 049247143-64 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO cofradeiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO, REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Venâncio de Souza Filho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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 SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0237-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31.894-9

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) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

Proteus-CE 47 de Abril

de 2015

x Francisco Venâncio de Souza Filho

LOCAL E DATA

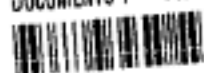
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos familiares na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que será pago 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.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-021204.

DOCUMENTO 1 "196"



à legislação vigente
as e de acordo com a

Transferência entre contas BB - Conta-corrente para conta-corrente

Debitado

Agência: 237-2

Conta: 21383-7

Nome: JULIO CEZAR MOURAO SANTOS

Creditado

Agência: 237-2

Conta: 31894-9

Nome: FRANCISCO V SOUZA FH

Data: Nesta data

Valor: 50,00

JÚLIO CEZAR
Tel.: (86) 3802.8794
Tel.: (86) 9968.0266
Email: jcmourao77@ychoo.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACUJA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 516 - 786 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2015 14:39:34**
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2014 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LGO POVOADO TUCUNS**

DOCUMENTO 1 "TIV"



ZONA RURAL CRATEUS /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Afirma o noticiante/vítima que no dia 29/12/2014, por volta das 07h00min, sofreu um acidente de trânsito quando pilotava a MOTOCICLETA marca/modelo HONDA/CG 125cc FAN ES, ano fab/mod 2012/2012, cor PRETA, placa OHY 1291-CE, chassi 9C2JC4120CR541551, licenciada em nome de FRANCISCO VENÂNCIO DE SOUZA, quando ao tentar fazer uma curva veio a derrapar o pneu dianteiro da motocicleta e em seguida cair ao solo, que após o acidente o noticiante/vítima reuniu forças e procurou atendimento médico, dirigindo-se ao Hospital São Lucas da cidade de Crateús/Ce, onde recebeu atendimento médico especializado e foi constatada as lesões decorrentes do acidente, conforme cópias apresentadas no momento do registro da presente ocorrência.

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO VENÂNCIO DE SOUZA FILHO**
Endereço: **R PROFESSOR LISBOA RODRIGUES 1304**
Bairro: **FÁTIMA II**
Município/UF: **CRATEUS CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACUJA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANTONIO FREIRE LIMA FILHO - MAT.: 198199-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Venâncio de Souza Filho*

VISTO DO DELEGADO(A):

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Venâncio de Souza Filho, portador da carteira de identidade nº 2007.228.676-2 expedida por SSP-CE em 02/10/13 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.247.143-64, residente e domiciliado na Rua: Pro. Lisboa Rodrigues, 1304 / Látima II Cidade Crato Estado Ceará, 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.

Francisco Venâncio de Souza Filho

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Crato-CE, 17 de Abril de 2015

Local e data

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 028875 Atendimento: 0007 CNS: Guia Aut:
Paciente: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
RG : 20072286762 Nascimento: 29/10/1991 Local: CRATEUS/CE Idade: 23 Ano(s)
Pai: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA Mãe: FRANCISCA RODRIGUES DE SOUZA
Endereço: RUA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 1304 Telefone: 88 32489397 CEP: 63700-000
Bairro: FATIMA II Município: CRATEUS UF: CE
Profissão: COBRADOR Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: FRANCISCA RODRIGUES DE SOUZA UF: CE
Endereço: RUA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 1304 Município: CRATEUS Sala:
Data Atendimento: 29/12/2014 Hora: 08:18 CID: CRM/UF: 6945/CE
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA Funcionário: NAIANE FERNANDES BARBOSA
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO CPF do Responsável:
Indicador de Acidente:
Observação:
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

- qual a motivo



JULIO CEZAR
Tel: (88) 32489397
E-mail: juliocezarc@sbce.com.br

JULIO CEZAR
Tel: (88) 32489397
Tel: (88) 32489397
E-mail: juliocezarc@sbce.com.br

Pa pelto (E)

Pa torçao (E)

Como pelto E
e como torçao E

Jamil S. Jorquera
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS

DECLARANTE:

Nome: <u>Francisco Venancio de Souza Filho</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>condutor</u>	Carteira de Identidade: <u>2007.228.676-2</u>	
CPF nº: <u>049.247.413-64</u>	Residência: <u>Rua: Pro. Lisboa Rodriguez, 1304</u>		
Bairro: <u>Latina II</u>	Cidade: <u>Cratius</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>63.700-00</u>

Na qualidade de beneficiário(a) do seguro DPVAT, do acidente ocorrido no dia 29/12/2014, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que **NÃO** tenho nenhum desses documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, e para tanto me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

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

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

Atenciosamente.

Cratius - CE, 17 de Abril de 2015.

Francisco Venancio de Souza Filho
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Venâncio de Souza Filho

RG nº 2007.228.676-2, data de expedição 02 / 10 / 13, Órgão SSP-CE,

CPF nº 049.247.143-64, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Pro. Lisboa Rodrigues</u>
Número	<u>1304</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Látima II</u>
Cidade	<u>Crato</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3692-3794 / (88) 9968-0286</u>
E-mail	

JÚLIO CEZAR

Tel.: (88) 3692.3794

Tel.: (88) 9968.0286

Email: jcmourado77@yahoo.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crato-CE, 17 de Abril de 2015

Assinatura do Declarante: x Francisco Venâncio de Souza Filho



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Venâncio de Souza, RG nº 2008.707.919-9,
 data de expedição 06/04/14, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº
370.724.043-68, com domicílio na cidade de Crato, no
 Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Pro.
Libra Rodrigues, nº 1304, complemento Latina II.
 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 Venâncio de
Souza Filho.

Veículo: Ano: motocicleta - 2012

Modelo: HONDA CG / 125 CC FAN ES

Placa: DHY-1291 CE

Chassi: 9C2JC4120CR541551

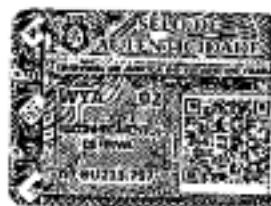
Data do Acidente: 29/12/2014

Lugar e Data: Crato - CE, 17 de Abril de 2015



x Francisco Venâncio de Souza

Assinatura do Declarante



CARTÓRIO CAVALCANTE
 Rua Coronel Lúcio, 569
 Centro - Fone: 3691-0194
 - CRATEUS - CEARÁ

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade

Francisco Venâncio de Souza

Dou fé. CRATEUS - CE

22 ABR. 2015

Em Teste de Verdade.

- ☐ Belª Silvana Barreto Cavalcante
☐ Junior Pimenta Ferreira
☐ Soraya Barreto Cavalcante

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
 3º Ofício Registro de Imóveis
 Francineire Soares de Oliveira
 Escrevente Autorizada

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 028875 Atendimento: 0007 CNS: Guia Aut:
Paciente: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
RG : 20072286762 Nascimento: 29/10/1991 Local: CRATEUS/CE Idade: 23 Ano(s)
Pai: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA Mãe: FRANCISCA RODRIGUES DE SOUZA
Endereço: RUA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 1304 Telefone: 88 92489397 CEP: 63700-000
Bairro: FATIMA II Município: CRATEUS UF: CE
Profissão: COBRADOR Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: FRANCISCA RODRIGUES DE SOUZA
Endereço: RUA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 1304 Município: CRATEUS UF: CE
Data Atendimento: 29/12/2014 Hora: 08:18 CID: Sala:
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF: 6945/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO Funcionário: NAIANE FERNANDES BARBOSA
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

- queda de vaso(sic)

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jcmourdo77@ yahoo.com.br

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jcmourdo77@ yahoo.com.br

Ex físico (E)

Ex torácico (E)

Ex neuro físico E
e Ex neuro físico E

Jamil S. Jorquera
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Francisco Venancio de Souza
Assinatura Paciente/Responsável

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150481926 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 29/12/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERÍCIA ESPECIAL 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150481926 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 29/12/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do joelho e trauma no tornozelo esquerdos.

Descrição do exame médico pericial: Refere dor e dificuldade para a movimentação das regiões afetadas. Apresenta limitação funcional para a flexão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Seguiu tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Kleiber Salvador Caceres Morales

CRM do médico: 12959

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00237-2

CONTA: 000000031894-9

Nr. da Autenticação 9276AEAE5E3C9EDF

**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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO VENANCIO DE SOUZA FILHO** Sinistro: **3150481926** Data: **29/12/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Professor Lisboa Rodrigues, 1304 - Fatima II - Crateús - CE - CEP 63700-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2072286762**

Data local do exame: [**17/06/2015**] **Crateús** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do joelho e trauma no tornozelo esquerdos. . Refere dor e dificuldade para a movimentação das regiões afetadas.
Apresenta limitação funcional para a flexão do joelho esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Seguiu tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

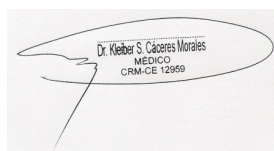
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Kleiber Salvador Cáceres Morales - CRM: 12959 - CE