

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11631328

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170487309 ASL-0345238/17
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA
Data Acidente: 22/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2017

Carta nº: 11662641

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

Sinistro: 3170487309 ASL-0345238/17
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA
Data Acidente: 22/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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.seguradoralider.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 Outubro de 2017

Carta nº: 11748856

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

Sinistro: 3170487309 ASL-0345238/17
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA
Data Acidente: 22/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 DAS CHAGAS OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 0000013634-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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 das Chagas Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 0008625884-8 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 29/09/2013

CPF 033955423-16 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco das Chagas Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da 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 037 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13684-4

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.

Vicosa - Ce. 22 de agosto de 2017.

LOCAL E DATA

Francisco das Chagas Oliveira

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.dpvatsegurodotrans.to.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 22/08/2017 Hora 14:08 Term 039762
N.Trans 341 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0007132-3 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 / VIDOSA DO CEARA
Conta 0013634-4

Titular: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

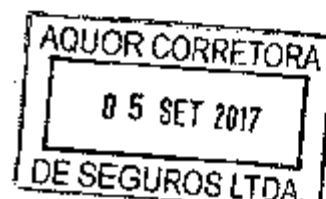
Nome: PAULO RICARDO DE ARAUJO
Tipo/Conta: 90 Via/Cartao: 02

Cheque Expresso Bradesco:
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao.
nem esperar pelo correio.

Ata Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 9393
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0399
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francisco das Chagas Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jose, S/N
Oeste Viciosa do Ceara CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20086255848
Data local do exame: [26/09/2017] Sobral [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)
**FX DA FÍBULA DISTAL ESQUERDA.
MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ 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.
**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADO E LIBERADO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: AGOSTO DE 2017.
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.
Complicações: SEM.**
- 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.
DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MIE, PELO EDEMA RESIDUAL E BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO E PÉ 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Esquerdo
% 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 |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566





RUBRICA
AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1105 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2017 11:14:12**
Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2017 17:45:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO OLARIA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A ENTRADA DA OITICICAS**



Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA**
Nascimento: **04/08/1997** CPF:
RG: **2008625884-8** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA**
Endereço: **RUA SDO**
Bairro: **SAO JOSE** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, AO CONDUZIR O VEÍCULO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2013/2013, COR PRETA, PLACA ORW 4063, CHASSI 9C2KC1670DR502403, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO E BRITO MAGALHAES, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS FAZER UMA CURVA E DERRAPAR NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

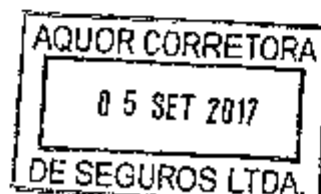
SÉRGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco das Chagas Oliveira

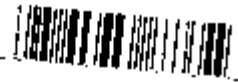
VISTO DO DELEGADO(A):

GREGÓRIO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência



Eu, Francisco das Chagas, portador da carteira de identidade nº 2008625884-8 e inscrito no CPF/ME sob o nº 073.955.413-16, residente e domiciliado na Rua São José, Cidade Vicosa do Ceará, 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:

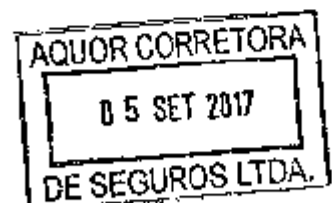
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 das Chagas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Vicosa - Ce, 22 de agosto de 2017

Local e data

REGISTRO DE ATENDIMENTO

199300107131

Nome: Francisco dos Santos Oliveira
 Sexo: M (X) F () DN: 09/08/97 Idade: 19 Raça/Cor:
 Nome do Pai: NC Nome da Mãe: Francimom de Jesus Oliveira
 Estado Civil: solteiro Profissão: Agricultor
 Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
 Endereço: B. São João Telefone:
 Cartão do SUS: RG: 2008625584-8
 Data do Atendimento: 22/06/17 Hora: 17:45 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
 FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Comprovação de ato de cl.

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal:

Há quanto tempo:

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:

Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 22/06/17 Hora: 17:45 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
 (X) Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
 () Atropelamento Local:
 () Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
 () Choque elétrico () Queda. De onde?
 () Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
 () Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
 () Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
 () Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

AQUOR CORRETORA

05 SET 2017

DE SEGUROS LTDA.

Classificação de Risco:

Data:

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Paciente opor, queixas de

dores, náuseas, vômitos

EXAME FÍSICO:

Inspeção e palpação

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): pneumonia

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1.

2.

3.

4.

5.

6.

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

AGUOR CORRETORA

05 SET 2017

DE SEGUROS LTDA.

DESTINO:

() Alta () Observação

(x) TRANSFERÊNCIA PARA: Triagem

Assinatura do Usuário ou Responsável

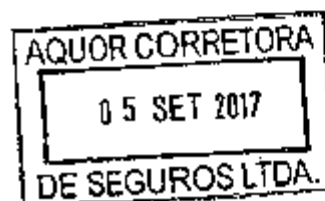


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco das Chagas OliveiraRG nº 2008625884-3 data de expedição 29/09/2013 Órgão SSP-CECPF nº 073.955.413-16, 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 São José</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>11</u>
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(38) 99404-4796 / 999273954 / 998045027</u>
E-mail	<u>afarucora@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce, 22 de agosto de 2012.Assinatura do Declarante: Francisco das Chagas Oliveira

05 SET 2017



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do

RG nº 2001094079843, expedido por SSP-CE, em

10/07/14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Francisco

dos Chagas Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidiz

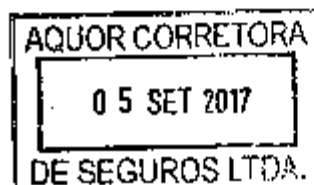
da vítima Francisco dos Chagas Oliveira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso-me Renda Mensal: R\$ Recurso-me

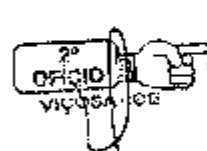
Documentos comprobatórios: Recurso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

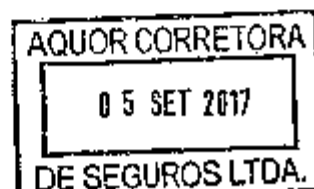
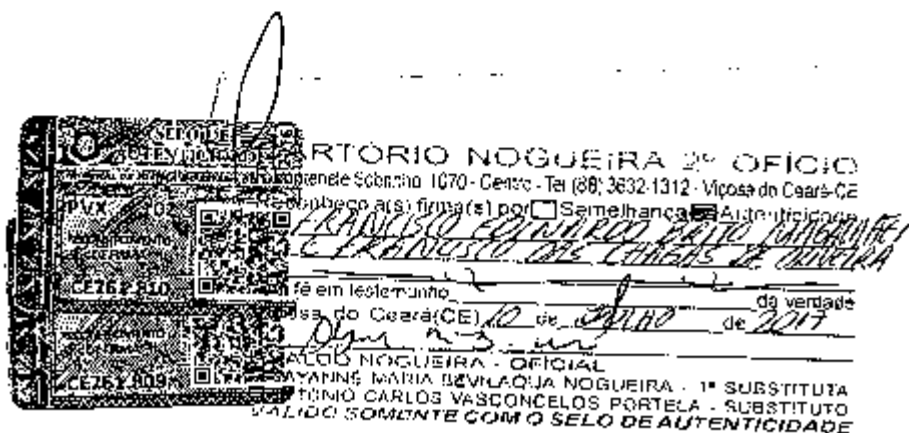




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Edimundo Brito MagalhãesRG nº 2005028047240 data de expedição 17/06/2005Órgão SSPD-CE portador do CPF nº 035.550.523-14, com domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Messias Caminho, nº 510,complemento R. São João, 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 das Chagas de Oliveira o condutor era Francisco das Chagas de OliveiraVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 150 FANAno: 2013 / 2013Placa: ORW 4063Chassi: 9C2KCL670DR502403Data do Acidente: 22.06.2017Local e Data: Vicosa do Ceará, 10-07-2017.Assinatura do Declarante Francisco Edimundo Brito MagalhãesAssinatura do Condutor Francisco das Chagas de Oliveira

[caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]



REGISTRO DE ATENDIMENTO

199300107131

Nome: Francisco dos Santos Oliveira
Sexo: M (X) F () DN: 09/08/1997 Idade: 19 Ração/Cor:
Nome do Pai: DC Nome da Mãe: Campanon de Jesus Oliveira
Estado Civil: Casado Profissão: Agricultor
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: B. São João Telefone:
Cartão do SUS: RG: 2008625584-8
Data do Atendimento: 22/06/17 Hora: 17:45 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: l/min FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Documentação médico -

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal:



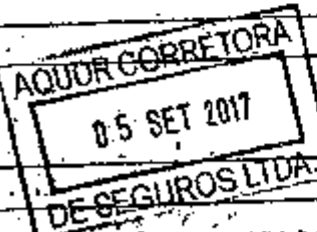
Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 22/06/17 Hora: 17:45 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
() Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:



Classificação de Risco:

Data:

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA:

Paciente com queixa de

dores musculares pelo corpo

EXAME FÍSICO:

sem alterações

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Poliomielite

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Dr. [illegible]
Médico
CREMEC [illegible]

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

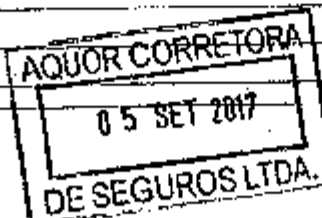
OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

(x) TRANSFERÊNCIA PARA:

Tramitação



[Assinatura]

Assinatura do Usuário ou Responsável

FICHA DE REFERÊNCIA

VICOSA DOCEARA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Prontuário Nº:

Nome:

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento:

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Município:

Fone:

Motivo do Encaminhamento:

12 dias após

1º curatubulo

Resultado do(s) Exame(s):

R-X:

Conduta (já Realizada):

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Procedimento:

Unidade de Referência:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Prontuário Nº:

Data da Atividade:

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

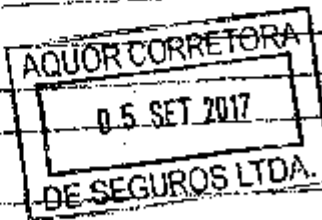
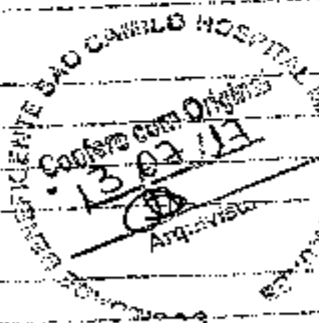
Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



Guia de atendimento - AMBULATORIO

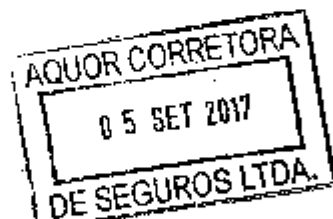
DADOS DO PACIENTE

Plano	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
194857	0001	FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA	206199719450003	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 20069255845			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	
04/08/1997	VICOSA DO CEARA/CE		19 Ano(s)	
Nome	Mãe			
NC	FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA SDO, SN	SAOJOSE	62300-000	VICOSA DO CEARA	CE
Profissão	Emprego	Conjuge		
AGRICULTOR				
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA		RUA SDO, SN	VICOSA DO CEARA	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
23/06/2017	09:06	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
DANILLO CONSERVA ARRUDA	16409/SP	ENCAMINHADO P/CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário			
Trânsito	RENARA AGUIAR FONTENELE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída
				() Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

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



DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

23/08/17

Francisco das Chagas
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMONE DE JESUS OL

Trans fe (E)
L. L. M. (E)
(ML)
d. h. l. 60h
curativo

20 - 02
20 - 02
20 - 02
20 - 02

Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 194857	Atendimento 0002	Nome do Paciente FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA	CNS 206199719450003	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2003859255845			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 04/08/1997	Local VICOSA DO CEARA/CE		Idade 19 Ano(s)	
Pai N/C	Mãe FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA			
Endereço RUA SDO SN	Bairro SAOJOSE	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 94704776	
Responsável FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA SDO SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/07/2017	Hora 08:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO		
Indicador de Atendimento	Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA			

Liberação	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito
-----------	---------------------	----	-----	--

Sinais Vitais	Tensão (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
---------------	-------------	-------------	--------	---------	---------	-----------

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

Tornozelo e

f m @, m l

s / dorso

4 parafusos mediana

4 unhas

hla 60h



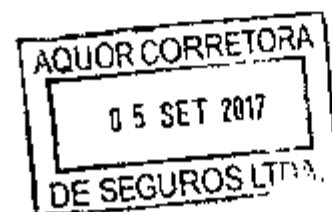
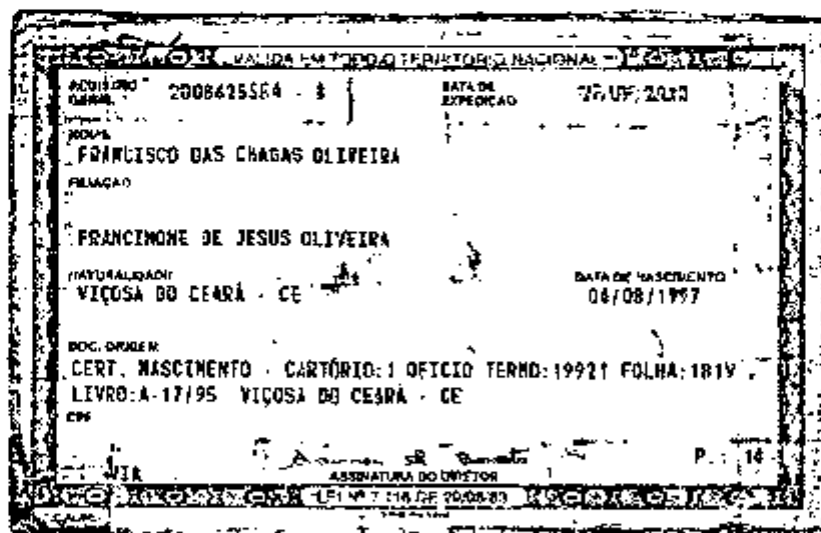
Dr Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 18409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 18409

14:05

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMONE DE JESUS OL

6255404 - 20-02
ATA DURA 10-02



Tipo de Serviço.....: CPF INSCRITIVO
Código de Atendimento.....: IF-2791961033R
Data e Hora.....: 18/11/2013 10:42:57
CPF do Contribuinte.....: 073.955.413-16
Nome Completo.....: FRANCISCO DAS CHAGAS
OLIVEIRA
Data de Nascimento.....: 04/06/1987
Sexo.....: MASCULINO
Nome da Mãe.....: FRANCIMONE DE JESUS
OLIVEIRA
Título de Eleitor.....: 0000200000000
Naturalidade.....: VICOSA DO CEARÁ
UF Naturalidade.....: CE
Logradouro.....: RUA SDO
Número.....: 0
Complemento.....:
Bairro/Distrito.....: SÃO JOSÉ
Município.....: VICOSA DO CEARÁ
UF.....: CE
CEP.....: 62300000

AQUOR CORRETORA
05 SET 2017
DE SEGUROS LTDA.

Documentos de identificac:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
ANTONIO FARIAS DE ARAUJO	
959289861	DOC. IDENTIFIC. (CPF, INSCRIÇÃO ESTADUAL, etc.) 2001050079843 SSP CE
	CPF 006.892.523-90 DATA DE NASCIMENTO 10/09/1984
	Nome LUIS GONZAGA DE ARAUJO LOCILENE MARIA DA SILVA ARAUJO
	Sexo M Estado Civil C P
959289861	CPF 05822493100 28/05/2019 28/05/2023
EXERCÍCIO ATIVO REMUNERADO	
Antônio Farias de Araújo	
959289861	LOCAL TIANGUA, CE 10/07/2014 50069724358 08142556343

AQUOR CORRETORA
 05 SET 2017
 DE SEGUROS LTDA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170487309 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/06/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170487309 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/06/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fíbula esquerda.

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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: 3170487309 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/06/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Nome: Francisco das Chagas de Oliveira
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
 Profissão: agricultor
 Identidade: 2608625884-8 CPF: 023.955.413-16
 Endereço: Rua São José Bairro: São José
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

Nome: Antônio Fábio de Araújo
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado
 Profissão: advogado
 Identidade: 2001099079843 CPF: 006.892.523-90
 Endereço: Ta. Lamentins Nogueira Bairro: São Francisco
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Francisco das Chagas de Oliveira

Vicosa do Ceará, 10.07.2017.
Local e data



Francisco das Chagas de Oliveira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

