

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180584672

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180584672

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180584672

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

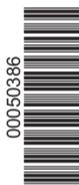
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180584672

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

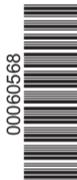
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO] - CIRCULAR SUSEP. Nº 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO		Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÃO		Endereço: RUA: CEL FRANCISCO RENEGÓ
Bairro: CENTRO	Cidade: JINOCERIO DO NORTE	Estado: CEARA	CEP: 62930-000	CPF: 032.819.283-95
E-mail:			Complemento: AP 03	Tel.(DDD): (88) 9-9990-0500

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0750 CONTA: 032819 Dígito: 5 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
OP. 013 (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: LINÓCERIO DO NORTE, CE, 13-11-2018 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
--	--	---

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francisco Lucas Carlos Pinheiro
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

FPS.001 V001/2018 RECEBIDO 12 DEZ 2018



SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO



AUTO-ATENDIMENTO - AG. LIMOEIRO DO NORTE
DATA: 07/11/2018 HORA: 16:51:34
TERMINAL: 07501748 CONTROLE: 075017400491

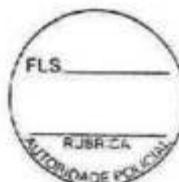
AGÊNCIA: 0750 - LIMOEIRO DO NORTE
CONTA: 013.00031283-5
CLIENTE: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS



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

249649



Impresso nº 2018208665

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 3057 / 2018

03

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **07/11/2018 09:52:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **23/09/2018 22:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOM AURELIANO MATOS**
 Complemento:
 Bairro: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **BAR SOMBRA DA TARDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO**
 Nascimento: **19/06/1998** CPF: **082.819.283-95**
 RG: **20081622923** Orgão Emissor: **SSPDS**
 Filiação: **FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO**
 NI

UF: **CE**

Endereço: **RUA CEL FRANCISCO REMIGIO, 970 AP 03**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9853-5573**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYY0167** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC08108R087299** Renavam: **983783586** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **GEAN SILVA GUEDES** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa a vítima que é habilitado e sofreu acidente de trânsito no dia 23/09/2018, por volta de 22h:30min; que a vítima conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, placa HYY0167, ocasião em que saiu de sua casa na rua Cel Francisco Remígio e foi em direção ao Supermercado Pinheiro, momento em que na AV. Dom Aureliano Matos, a vítima tentou desviar de uma mulher que estava na via pública, tendo caído no chão; que a vítima estava sozinho no veículo; que alguns populares lhe socorreram, tendo levado a vítima para o Hospital São Raimundo em Limoeiro, dando entrada às 22h:41min; que a moto pilotada pela vítima ficou no local do acidente, sendo que uma das pessoas que lhe socorreram pegou o veículo e entregou na sua casa posteriormente; que a moto ficou avariada, enquanto a vítima sofreu lesões e escoriações.

ABEMI SEGURADORA S/A

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

12 DEZ 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em: 07/11/2018 10:07:38

Impresso em: 07/11/2018 10:07:38

RECEBIDO

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018208665



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 3057 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



AUTENTICAÇÃO

AUTÉNTICO a presente cópia reprográfica
a qual concorda com o original. Dou fé.
Limoeiro do Norte (CE),

12 NOV. 2018

- (Bruno Oliveira Pontes - Tabelião
(Cláudia Lopes Nogueira - Escrivana Autorizada
(Cláudia Lopes Nogueira - Encarregado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO] - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO		CPF: 032.819.283-95	Número: 970	Complemento: AP 03
Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÃO	Endereço: RUA: CEL FRANCISCO RENEGÓ	Estado: CEARA	CEP: 62930-000	Tel.(DDD): (85) 9-9990-0500
Bairro: CENTRO	Cidade: JINOCERIO DO NORTE			
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0750** CONTA: **032819** **5**
 (Informar o dígito se existir) **OP. 013** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) **OP. 013** (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **LINÓCERIO DO NORTE, CE, 13-11-2018**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ SABEMI SEGURADORA S/A

CPF: _____

Assinatura _____ 12 DEZ 2018

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____ RECEBIDO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
376265	0002	FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO	708003894254823	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF: 082.819.283-95			Casado(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local			
12/05/1998	JAGUARibe/CE			
		Mae		
		FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO		

PAE
NAO DECLARADO

Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	CENTRO	62930-000	LIMOEIRO DO NORTE	CE	88 98535570

Profissão	Empresa	Conjuge	Município	UF
TEC DE INFORMATICA		KARINA CHAVES DE LIMA	LIMOEIRO DO NORTE	CE

Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
KARINA CHAVES DE LIMA		RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	LIMOEIRO DO NORTE	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
23/09/2018	22:38	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
DIEGO ONILTON COSTA SALES			18191/CE	CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente:			Funcionário	
			ALANA JESSICA DE OLIVEIRA	

Observação

Se a	Data/Hora Liberação	Type de Saída
	23/09/2018 às 22:44 hs.	() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impr.)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
Peso (kg)			81		120x80	92%	

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

Paciente vítima de acidente automobilístico
apresentando ferimento contuso
em região frontal.

Blotty esquerdo, ótico, humor vítreo

A pupila fadigada, irracional

A MMTZ (E) é econegada

mass (E-I) fadigada

A form-Start abnorr. SIAC

HAC FCE levo.

(NO) vitus

① RL - 500 ml

② Itamixico 1g

③ Dymar 1g

④ complexo B 1g

⑤ ciprofloxacin 500 mg

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

CRM: 18191
Sociedade Beneficente São Camilo
COREN: 834219
Data: 23/09/2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: KARINA CHAVES DE LIMA

CRM: 18191
COREN: 834219
Data: 23/09/2018

Assinatura Enfermeiro
Enfermeiro: KARINA CHAVES DE LIMA

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

DETRAN-CE

EXTRATO DE LICENCIAMENTO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)

171
HY202054
1.04104741-1



17/05/2018

6.11.2011 11:55:11

CÓD. FORTALEZA DE PLS (TT04CE)
FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
RUA JOAQUIM R DOS SANTOS, 150
CENTRO
62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE CE



12 10131353 06050 00000035825 20 170518

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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 FRANCISCO RENATO PAULINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.714.183-73, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.814.183-95 do sinistro de DPVAT cobertura TRABALHO da Vítima FRANCISCO LUCAS PINHEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.814.183-95 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA JOAQUIM RODRIGUES DOS SANTOS</u>	<u>150</u>	<u>CASA</u>
Saímo	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>CEARÁ</u>	<u>62430.000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>RENATOPAULINO@HOTMAIL.COM</u>		<u>(88) 9940-0500</u>

LIMOEIRO DO NORTE, 11 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

Francisco Renato Paulino de Oliveira
Assinatura do Declarante

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gean Silva Guedes,
RG nº 2006091008699, data de expedição 15/02/06,
Órgão SSP, portador do CPF nº 033.431.763-03, com
domicílio na cidade de Bom Jesus do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estevam Remígio, nº 490,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Inocídio Lopes Pinto cujo o condutor era
Inocídio Lopes Pinto.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2007
Placa: HYY0167
Chassi: 9C2KC081D8R87297
Data do Acidente: 23/09/2018
Local e Data: LIMOEIRO DO NORTE-CE, 13-11-2018


Gean Silva Guedes
Assinatura do Declarante

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



SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
376265	0002	FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO	708003894254823	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF: 082.819.283-95			Casado(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local			
12/05/1998	JAGUARibe/CE			
		Mae		
		FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO		

PAE: NÃO DECLARADO

Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	CENTRO	62930-000	LIMOEIRO DO NORTE	CE	88 98535570
Profissão	Empresa				
TEC DE INFORMATICA	KARINA CHAVES DE LIMA				
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF	CE
KARINA CHAVES DE LIMA		RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	LIMOEIRO DO NORTE	CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
23/09/2018	22:38	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
DIEGO ONILTON COSTA SALES			18191/CE	CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente:			Funcionário	
			ALANA JESSICA DE OLIVEIRA	

Observação

Se a	Data/Hora Liberação	Type de Saída					
	23/09/2018 às 22:44 hs.	() Alta () Internação () Óbito					
Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (im)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			81		120x80	92%	

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

Paciente vítima de acidente automobilístico
apresentando ferimento contuso
em região frontal.

Blotty esquerdo, ótico, humor vítreo

A pupila fadigada, irracional

A MMTZ (E) é econegada

mass (E-I) fadigada

A fona- S/act Ação- S/act

HAC FCE levo.

(NO) vitus

① RL - 500 ml

② Itamixico 1g

③ Dymar 1g

④ complexo B 1g f.d

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

CRM: 18191
Data: 23/09/2018
COREN: 834219
Assinatura: Karina Chaves de Lima

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: KARINA CHAVES DE LIMA

CRM: 18191
Data: 23/09/2018
COREN: 834219

Assinatura: Karina Chaves de Lima

RA: 2018028304 Paciente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO
 Convênio: UNIMED

Sexo: MASCULINO
 Data Nasc.: 19/06/1998 20 Ano(s) e 4 Mês(es)

FICHA BAU

PRONTUÁRIO

RA: 2018028304 (EXTERNO - 24/09/2018 - 08:59)

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

CLASSIFICAÇÃO RISCO

RECEBIDO

Data/Hora: 24/09/2018 09:08
 Enfermeiro Classificação: LUCRECYA CHAVES HOLANDA
 Fluxograma: URGÊNCIA RELATIVA
 Prioridade: POUCO URGENTE
 Motivo Classificação: PRIMEIRA
 Sintomas/Queixas: REFERE DOR LOCAL FERIMENTO

- [NÃO] IDADE SUPERIOR A 60 ANOS
- [NÃO] PACIENTES ESCOLTADOS
- [NÃO] DEFICIENTES FÍSICOS OU IMPOSSIBILITADOS DE DEAMBULAÇÃO
- [NÃO] ASMA FORA DE CRISE
- [NÃO] ENXAQUECA
- [NÃO] DOR DE OUVIDO MODERADA A GRAVE
- [NÃO] DOR ABDOMINAL SEM ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS
- [NÃO] SANGRAMENTO VAGINAL SEM DOR ABDOMINAL
- [NÃO] VÓMITO E DIARREIA SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
- [NÃO] ABCESSOS
- [NÃO] DISTÚRBIOS NEUROVEGETATIVOS
- [NÃO] LOMBALGIA INTENSA
- [NÃO] INTECORRÊNCIAS ORTOPÉDICAS
- [NÃO] GASTROENTERITE
- [SIM] OUTROS

SOLICITAÇÃO EXAMES

TOMOGRAFIA

Serviço: TOMOGRAFIA
 CID Principal: TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA CABECA
 Atos: TOMOGRAFIA CRANIO OU SELA TURICA OU ORBITAS
 Dados Clínicos: QUEDA DE MOTO, TCE LEVE, SEM ALTERACAO DO NIVEL DE CONSCIENCIA

ANAMNESE MÉDICA

24/09/2018 - 09:31 (24/09/2018 - 09:31 -42 - RICARDO HELIO CHAVES MAIA)

EMERGENCIA

Gerais: PACIENTE SOFRU QUEDA DE MOTO ONTEM, COM LESAO CORTANTE EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA, CERCA DE 10-15CM, ACIMA DA SOBRANCELHA, ACOMPANHA EQUIMOSE PERIOCULAR. LESÃO OCORREU POR QUEDA DE MOTO ONTEM POR VOLTA DAS 22:00H, SENDO ATENDIDO NO HOSPITAL PÚBLICO LOCAL, BEM COMO REALIZADA SUTURA DA LESÃO. CHEGA HOJE CONSCIENTE E ORIENTADO, BOM ESTADO GERAL, SSVV ESTAVEIS, COM CURATIVO NA REFERIDA LESAO APRESENTANDO SANGRAMENTO DISCRETO A MODERADO.

CONDUTA: CURATIVO LOCAL, SOL TC CRANIO SEM CONTRASTE.

PREScriÇÃO MÉDICA VERSÃO 2

Período: 24/09/2018 09:00 - 31/12/1840 00:00
 Prescritor: RICARDO HELIO CHAVES MAIA - 24/09/2018 - 09:31

REALIZAR CURATIVO MERTO - 24/24 HORAS
 HORÁRIOS: 09:31 NJ

Dr. Ricardo Helio Chaves Maia
 Médico
 Emergencista
 CRM-CE 7521

Assinatura do profissional

Assinatura do paciente e/ou Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Limeleiro, 24/09/2018 / 09:00

ESTADO DO CEARÁ
HOSPITAL GERAL VALE DO JAGUARIBE
 HGJV - Av. Dom Aureliano Matos, 1228 - Centro
 Limeleiro do Norte - Ce - Fone: (88) 2142-0080

Nome: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO **Sexo:** Masculino
DN: 19/06/1998 **Peso:** _____
 (20 Ano(s) e 3 Mes(es)) **RA:** 2018028304

Convênio: UNIMED
CART: 09790020052707607
AUT: 109021382

LOC: :
Nº PRESCRIÇÃO: 349

Mãe / Responsável: FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO /

CÓDIGO	DIA	PRESCRIÇÃO	DOSE	INTERVALO	VIA	HORARIOS
		0 - REALIZAR CURATIVO MÉDIO		24/24 HORAS		09:31 NI
		1 - REALIZAR CURATIVO MÉDIO		24/24 HORAS		09:31 NI

0 - REALIZAR CURATIVO MÉDIO	24/24 HORAS	09:31 NI
1 - REALIZAR CURATIVO MÉDIO	24/24 HORAS	09:31 NI

q:140
Colo de García
Colo de García
Entomado Lucas

RA: 2018028304 Paciente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO
Convênio: UNIMED

Sexo: MASCULINO
Data Nasc.: 19/06/1998 20 Ano(s) e 4 Mês(es)

FINALIZAÇÃO

24/09/2018 - 09:36 - RICARDO HELIO CHAVES MAIA

MOTIVO: LIBERADO
CID PRINCIPAL: S099 - TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA CABECA

Dr. Ricardo Helio Chaves Maia
Medico Emergencista
CREMEC 7521

Assinatura do profissional

Assinatura do paciente e/ou Responsável

Nome: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Exame: 04/08/2018

Idade: 20 anos, 1 mês e 16 dias

Protocolo: 30171762



Num. Paciente: LIMOEIRO-9984094400

Exame Num: LIMOEIRO-094400

Página 1 de 1

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

METODOLOGIA:

Exame realizado com tomógrafo multislice através de aquisições volumétricas seguidas por reformatações multiplanares em Workstation.

Não foi empregado contraste.

As imagens foram adquiridas apenas até o terço médio do osso calcâneo.

ANÁLISE:

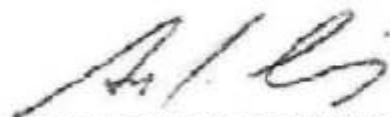
Estruturas ósseas incluídas neste estudo com morfologia e densidade habituais.

Espaços e superfícies articulares normais.

Espessamento dos tendões fibulares.

Planos musculares e adiposos preservados, sem alterações grosseiras (baixa acurácia tomográfica).

Não são observados derrames articulares.



Dr(a): ANTONIO GUALBERTO CHIANCA FILHO
CRM: 158383 - SP

Laudo assinado e liberado eletronicamente



SĀOCAMILO
Hospital São Raimundo

RECEITUÁRIO MÉDICO

François Lucas Costa

W. Costa

D. Proftam - 1007

→ ✓ 0 → 12/12/14

(M 05117)

001.15182
CEM. 10/10/92

23/09/15

VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

Rua Cel. Antônio Joaquim, 2047 - CEP 62.930-000 - Fone/Fax: (88) 3447-6250 - Limoeiro do Norte - CE

Nome: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Data do Exame: 24/09/2018

Idade: 20 anos, 3 meses e 5 dias

Protocolo: 156165313



Num. Paciente: LIMOEIRO-9984101945

Exame Num: LIMOEIRO-101945

Página 1 de 1

Tomografia Computadorizada do Crânio

Técnica: Aquisição volumétrica em aparelho multislice de 16 canais, sem contraste venoso, seguido de reformatação no plano axial.

Fraturas múltiplas do osso frontal esquerdo e seio paranasal frontal esquerdo, com deslocamento e acentuado desvio de fragmentos.

Sinais de pneumoencefálo.

Coleção hemorrágica extra-axialfrontal esquerda com espessura de 0,4 cm.

Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.

Sulcos corticais, cisternas e fissuras cerebrais de aspecto normal para a faixa etária.

Ventriculos cerebrais dentro da normalidade.

Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Linha média centrada.

Aumento de partes moles extracraniano frontal esquerdo.

Dr(a): FABIANA LENHARO MORGADO
CRM: 130051 - SP

Laudo assinado e liberado eletronicamente

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente:

Solicito:

7

Ans. Prof.

① Cefalexina 500mg — (23 comp.)

- Tomar 01 comp a.m 6-12-12-00hs,
durante 7 dias

② Garametazone 4mg — (10 comp.)
(Decadron)

- Tomar 01 comp 12/12h por 5 dias

29/09/2018

Limoeiro do Norte, 1/20

Ass. e carimbo do médico

Limoeiro do Norte - CE | Av. Dom Aureliano Matos, 1228 - CEP: 62.930-000 | CNPJ: 17.457.992/0001-83

www.hospgvj.com.br

Nr.Pedido: 2750939 Dt.Pedido: 25/09/2018 Dt.Entrega: 29/09/2018
Nr.Atendimento: 6369469 Dt.Atend.: 25/09/2018 Dt.Imp.: 25/09/2018
Hr.Pedido.: 09:49:00 Hr.Imp.: 21:11:25
Cliente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO Dt.Nasc.: 19/06/1998
Unid.Internação: Leito: EMERGÊNCIA 24H - ADULTA Idade: 20a 3m 14d
Médico Solicitante: JANAINA BASTOS DE SOUSA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Indicação clínica: TCEC grave por acidente automobilístico.

Técnica: Realizado exame do crânio sem a administração do produto de contraste endovenoso com reconstruções multiplanares, sob a técnica multislice.

ANÁLISE:

- Identifica-se fratura transversa completa, segmentada, com sinais de afundamento e associada a fina delaminação de hematoma epidural comprometendo a região frontal à esquerda, associada a pequenas bolhas de pneumoencéfalo. Observam-se ainda fraturas do seio frontal comprometendo as cavidades frontais à esquerda, evidenciando material hipodenso de permeio que pode corresponder a hematossinus. Associam-se a esses achados significativo hematoma subgaleal também em região frontal à esquerda que se estende até a alta convexidade.
- Parênquima encefálico homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substâncias branca e cinzenta.
- Ventrículos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras sylvianas e cisternas anatômicas.
- Linha média centrada.
- Fossa posterior sem alterações.
- Ausência de coleções hemorrágicas intra-cranianas.

Obs: Sinais de sinusopatia esfenoidal à esquerda.

Paciente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO
Idade: 20 anos, 3 meses e 6 dias Prontuário: 71850970
Setor: EMERGENCIA 24H - ADULTA Status/Sexo: U / M
Solicitante: JANAINA BASTOS DE SOUSA Data do Exame: 25/09/2018 09:49:00
Atendimento: 6069469 Ac.Number: 3322478
Pedido: 2750939 Data Nascimento: 19/06/1998 00:00:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Indicação clínica: TCEC grave por acidente automobilístico.

Técnica: Realizado exame do crânio sem a administração do produto de contraste endovenoso com reconstruções multiplanares, sob a técnica multislice.

ANÁLISE:

- Identifica-se fratura transversa completa, segmentada, com sinais de afundamento e associada a fina delaminação de hematoma epidural comprometendo a região frontal à esquerda, associada a pequenas bolhas de pneumoencéfalo. Observam-se ainda fraturas do seio frontal comprometendo as cavidades frontais à esquerda, evidenciando material hipodenso de permeio que pode corresponder a hematossinus. Associam-se a esses achados significativo hematoma subgaleal também em região frontal à esquerda que se estende até a alta convexidade.
- Parênquima encefálico homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substâncias branca e cinzenta.
- Ventrículos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, cissuras silvianas e cisternas anatômicos.
- Linha média centrada.
- Fossa posterior sem alterações.
- Ausência de coleções hemorrágicas intra-cranianas.

Obs: Sinais de sinusopatia esfenoidal à esquerda.


Dr(a) ELIZABETH MARIA DE A L TENORIO
CRM: 6821

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

Paciente: **FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO**

Idade: **20 anos, 3 meses e 6 dias**

Prontuário: **71850970**

Setor: **EMERGENCIA 24H - ADULTA**

Status/Sexo: **U / M**

Solicitante: **JANAINA BASTOS DE SOUSA**

Data do Exame: **25/09/2018 09:49:00**

Atendimento: **6069469**

Ac.Number: **3322478**

Pedido: **2750939**

Data Nascimento: **19/06/1998 00:00:00**



Dr(a).ELIZABETH MARIA DE A L TENORIO
CRM: 6821

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

Paciente: **FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO**
Idade: **20 anos, 3 meses e 13 dias** Prontuário: **71850970**
Sector: **EMERGENCIA 24H - ADULTA** Status/Sexo: **U/M**
Solicitante: **LORENA MARTINS S MARQUES** Data do Exame: **01/10/2018 17:19:00**
Atendimento: **6079071** Ac.Number: **3329800**
Pedido: **2756713** Data Nascimento: **19/06/1998 00:00:00**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Indicação clínica: Reavaliação pós TCE.

Técnica: Realizado exame do crânio sem a administração do produto de contraste endovenoso com reconstruções multiplanares, sob a técnica multislice.

ANÁLISE:

- Nota-se extensa fratura em projeção da tábua óssea frontal esquerda, com aspecto contínuo havendo leve afundamento. Há extensão da fratura para o seio frontal do mesmo lado.
- Discreta coleção hemorrágica laminar frontal esquerda subjacente a fratura, medindo até 4,0 mm de espessura.
- Hemossinus frontal à esquerda.
- Parênquima encefálico homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substâncias branca e cinzenta.
- Ventrículos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicas.
- Linha média centrada.
- Fossa posterior sem alterações.
- Acentuado espessamento do revestimento mucoso nos seios paranasais.



Dr(a).ALAMO GRANJA COSTA
CRM: 7387

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

UNIMED DE FORTALEZA

Sociedade cooperativa médica LTDA.

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TAUAPÉ
FONE: (85) 3777.71.80 - CEP: 60033-172 - FORTALEZA - CE

Paciente: 71850970 - FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Atend.: 6079071

O(a) Sr.(a) 71850970 - FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

compareceu a esta clínica às 16:52 horas para

- 1- Consulta 4- Cirurgia
 2- Acompanhar Familiar 5- Fazer Radiografia
 3- Fazer exame de Laboratório 6- Fisioterapia

Outrossim comunicamos que:

- a- pode voltar em seguida ao trabalho _____
 b- foi encaminhado ao especialista Laboratório Radiologista
 c- dever ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje _____
 d- deverá ficar afastado do trabalho por 30 dias a contar desta data 01/10/2018
 e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho _____
 f-CID 5020 _____

Dr. Ricardo A. Genova de Castro
NEUROCIRURGIA
CREMEC 3673

Fortaleza, 01 de OUTUBRO de 2018

Ricardo A. Castro

RICARDO ANTONIO GENOVA DE CASTRO

CRM: 3673

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 PAA-1

--	--

Ao Dep Pessoal

Nome:

- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
 - Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

ISRN/SEANC 18
00d.: 16728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

Nr.Pedido: 2773578 Dt.Pedido: 22/10/2018 Dt.Entrega: 26/10/2018
Nr.Atendimento: 6108882 Dt.Atend.: 22/10/2018 Dt.Imp.: 22/10/2018
Hr.Pedido.: 16:15:57 Hr.Imp.: 20:09:37
Cliente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO Dt.Nasc.: 19/06/1990
Unid.Internação: Leito: RECEPCAO IMAGEM Idade: 20a 4m 4d
Médico Solicitante: RICARDO ANTONIO GENOVA DE CASTRO Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Indicação clínica: TCE.

Técnica: Realizado exame do crânio com a administração do produto de contraste endovenoso com reconstruções multiplanares, sob a técnica multislice.

ANÁLISE:

- Tecido cerebral com coeficientes atenuantes normais.
- Sistema ventricular intra e supratentorial de aspecto normal.
- Sulcos corticais, fissuras sylvianas e cisternas anatômicos.
- Estruturas da linha média centradas.
- Fossa posterior sem alterações.
- Ausência de coleções extra-axiais.
- Fratura localizada na região frontal esquerda com sinais de afundamento de fragmentos ósseos, o fragmento medindo 1,8 x 0,6cm.
- Não identificamos acúmulo anormal do contraste.

Achado ocasional: Sinais de sinusopatia esfenoidal e frontal à esquerda.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Francisco Lúcio - Onuris Pinheiro

SABEMI SEGURADORA S/A

14 JAN 2019

RECEBIDO

Atestação médica

Atestado para os devidos fins que
o Sr. acima assinou TCC em
setembro de 2018 por motivo de
moto (sa) onde teve fratura
omoplata e protese em clavícula. Foi
fazida cirurgicamente e
esta base evoluiu clínica e
funcionalmente. Bem traçada TE

contínua → 

Limoeiro do Norte, 07/01/2019

Ass. e carimbo do médico

Limoeiro do Norte - CE | Av. Dom Aureliano Mates, 1228 - CEP: 62.930-000 | CNPJ: 17.457.992/0001-63

www.hospovi.com.br

→ continuado

de ações revolucionárias
em 22 de Outubro de 2018. →
onde evidenciamos melhora
notável contínua e
firme no tratamento,
estando em Artesanias
no dia 22 de outubro 2018.

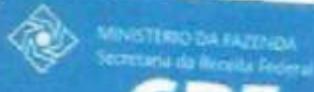


Lionelito 006

69/01/19



SABEMI SEGURADORA S/A
12 DEZ 2018
RECEBIDO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Documento de Identidade Pública
Número do Documento:

028.714.183-73

Francisco Renato Raulino de Oliveira

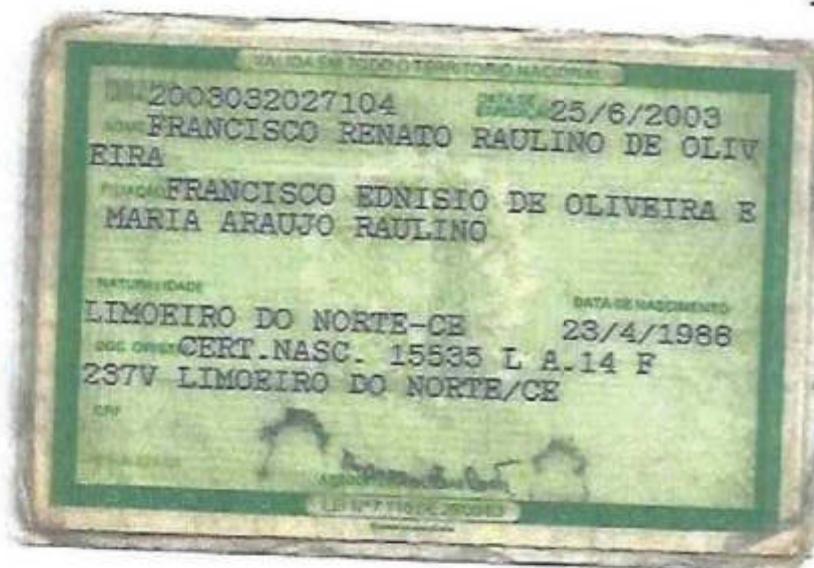
23/04/1988

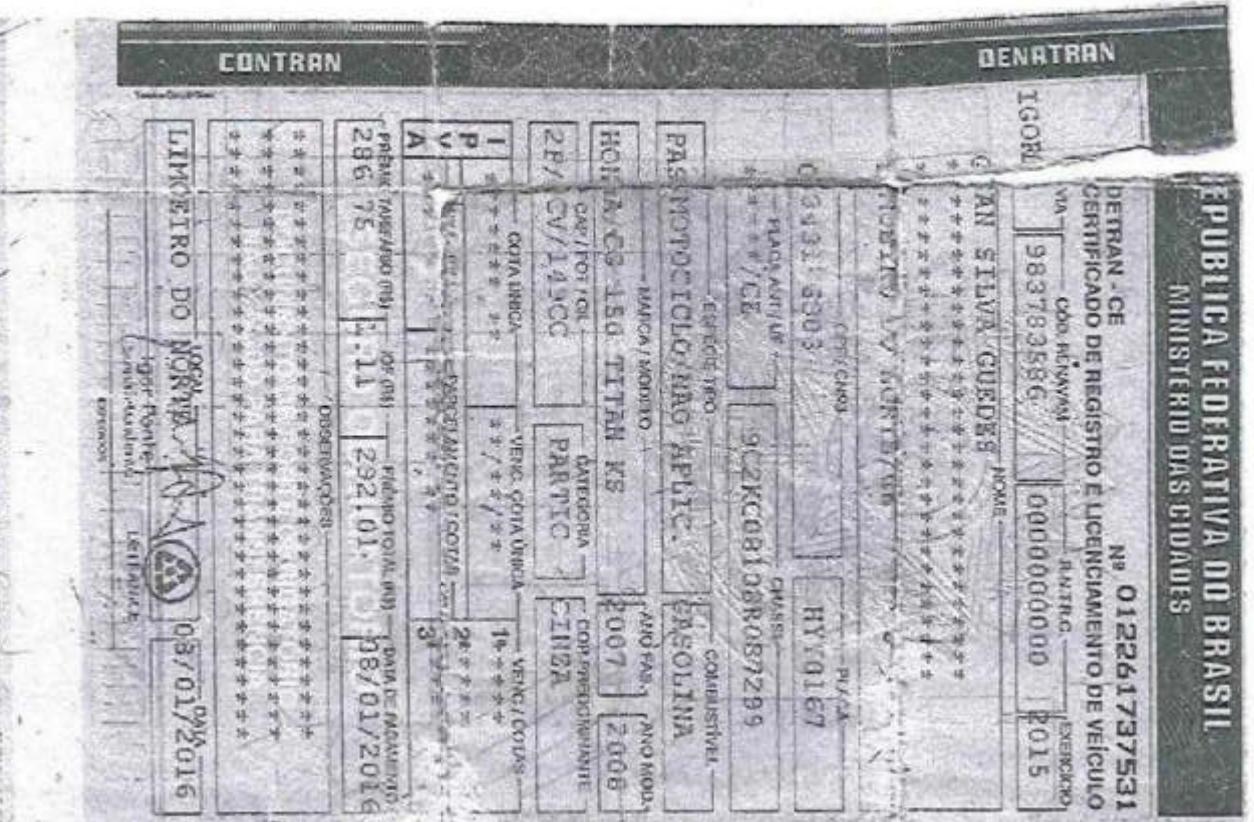


SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO





SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURADO DP-VAT

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CIVIS E PROFISSIONAIS PARA PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SABEMI SEGURODORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180584672

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CEL FRANCISCO REMIGIO, 970 -
LIMOEIRO DO NORTE/CE - CEP 62930-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20081622923 - ssp-ce -
01/07/2016

Data e Local do Acidente : 23/09/2018 - LIMOEIRO DO NORTE-CE

Data e Local do Exame : 21/01/2019 AVENIDA 08 DE NOVEMBRO, 1390 -
JAGUARIBE/CE - CEP 63475-000

Resultado da Avaliação Médica

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

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 23/09/2018 E
TEVE TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA.

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

PERICIANDO SEQUELADO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO COM
PERDA DA CONSCIÊNCIA E FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO E
HEMATOMA EXTRA DURAL FRONTAL ESQUERDO, TRATADO
CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E
REPOUSO. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA EM 01/2019..

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

SEM SEQUELAS

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



JOSE GERARDO VALE MATOS CRM : 3216 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180584672 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE E FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO E HEMATOMA EXTRA DURAL FRONTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E REPOUSO.
ALTA DEFINITIVA EM 01/2019..

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180584672 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE E FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO E HEMATOMA EXTRA DURAL FRONTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E REPOUSO.
ALTA DEFINITIVA EM 01/2019..

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180584672 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE PERIOCULAR, FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO, SEIO PARANASAL E PNEUMOENCÉFALO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180584672 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE PERIOCULAR, FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO, SEIO PARANASAL E PNEUMOENCÉFALO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÕES, portador(a) do RG 2008362292-3, órgão expedidor SSP
e do CPF: 082.819.253-95, residente no(a) RUA CEL. FRANCISCO RENSCERO
nº 970, bairro: CENTRO, município: ITABERABA DO NORTE I. CÉ

OUTORGADO:

Nome: FRANCISCO LENATO LAVARNO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTRABANTE, portador(a) do RG 303.202-404, órgão expedidor SSP
e do CPF: 078.714.153-73, residente no(a) RUA JOAQUIM SOBRAL QUES DOS SANTOS
nº 150, bairro: CENTRO, município: LEMOÉIRO DO NORTE, CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO
CPF 082.819.283-95 data do acidente: 13/09/2018

Local e data: INTO FERRO DO NORTE, 12, NOVEMBRO, 2018

~~Francesca Lazarus under 9 months~~

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO	
Atestado à firma acima de Carlos Linhares	
Carvalho e Souza	
Doutor	
José do Nascimento	
Em Igrejinha	
12 NOV 2018	
da verdade	
<i>Carvalho e Souza</i>	

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

DADOS DE QUEM ASSINA A BOGA (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS	<hr/>
1^a Nome: _____	<hr/>
CPF: _____	<hr/>
<hr/> Assinatura <hr/>	
TESTEMUNHAS	<hr/>
2^a Nome: _____	<hr/>
CPF: _____	<hr/>
<hr/> Assinatura <hr/>	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449070/18

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

CPF: 082.819.283-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO LUCAS
CARLOS PINHEIRO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA : 028.714.183-73

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO : 082.819.283-95

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.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/12/2018

Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
CPF: 028.714.183-73

Data do cadastramento: 12/12/2018

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

KARINE SANTANA ROMUALDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449070/18

Número do Sinistro: 3180584672

Vítima: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

CPF: 082.819.283-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO LUCAS
CARLOS PINHEIRO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/01/2019

Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

CPF: 028.714.183-73

Data do cadastramento: 14/01/2019

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO

CPF: 011.566.373-84

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

KARINE SANTANA ROMUALDO



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180584672 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabermi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

CPF/CNPJ: 08281928395

Posição em 26-04-2019 15:08:52

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/01/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	Download
17/01/2019	Interrupção de Prazo	Download
18/12/2018	Exigência Documental	Download
15/12/2018	Aviso de Sinistro	Download

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



 (/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx) A A A ●



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)
[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO



Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
 - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
 - › Pontos de Atendimento ([Pontos-de-Atendimento](#))
 - › Como Pedir Indenização ([Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
 - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
 - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
 - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
 - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
 - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))