

---

**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



---

**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](http://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

Pag. 00771/00772 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13819710

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

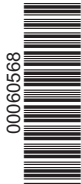
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

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: 082819283-95 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 CPF: 082819283-95  
Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÃO Endereço: RUA CEL FRANCISCO RENOJO Número: \_\_\_\_\_ Complemento: AP 03  
Bairro: CENTRO Cidade: ITINOPEIRO DO NORTE Estado: CEARA CEP: 62930-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (88) 9-9990-0500

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0750 CONTA: 03283 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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

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 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: ITINOPEIRO DO NORTE, CE, 13-11-2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

FRANCISCO RENATO BARBOSA DE OLIVEIRA  
Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

(\*) 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.



SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO



CAIXA  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. LIMOEIRO DO NORTE

DATA: 07/11/2018

HORA: 16:51:34

TERMINAL: 07501740

CONTROLE: 075017400481

AGENCIA: 0750 - LIMOEIRO DO NORTE

CONTA: 013.00031283-5

CLIENTE: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
ULTIMOS 30 DIAS



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

Impresso nº 2018208665

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3057 / 2018

**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: Município: **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**

Endereço: **RUA CEL FRANCISCO REMIGIO, 970 AP 03**

Bairro: **CENTRO**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

CEP:  
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: **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

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

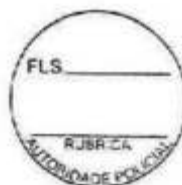
12 DEZ 2018

RECEBIDO

Pág. 1 de 2

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

249649



03

12 NOV 2018

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE  
( ) Exatidão - Origem - Escrita - Escrita Autorizada  
( ) Exatidão - Origem - Escrita - Escrita Autorizada  
( ) Exatidão - Origem - Escrita - Escrita Autorizada  
( ) Exatidão - Origem - Escrita - Escrita Autorizada



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



Impresso nº 2018208665

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3057 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

**BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**



**AUTENTICAÇÃO**

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

**12 NOV. 2018**

- ( ) Beatriz Oliveira Pontes - Tabelião
  - ( ) Cristine Lopes Nogueira - Escrevente Autorizada
  - (x) Cristine Lopes Nogueira - Escrevente
- VÁLIDO 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: 082819283-95 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 CPF: 082819283-95  
Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÃO Endereço: RUA CEL FRANCISCO RENOJO Número: 970 Complemento: AP 03  
Bairro: CENTRO Cidade: ITINOPEIRO DO NORTE Estado: CEARA CEP: 62930-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (88) 9-9990-0500

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0750 CONTA: 03283 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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

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 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: ITINOPEIRO DO NORTE, CE, 13-11-2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Lucas Carlos Pinheiro

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A  
12 DEZ 2018  
RECEBIDO

(\*) 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 076265	Atendimento 0022	Nome do Paciente FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO	CNS 708003894254823	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 082.819.283-95			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 12-06-1998	Local JAGUARIBE/CE		Idade 20 Ano(s)	
Mãe FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO				
Endereço RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	Bairro CENTRO	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão TEC DE INFORMATICA	Empresa	Conjuge KARINA CHAVES DE LIMA	Telefone 88 98535570	
Responsável KARINA CHAVES DE LIMA	CPF do Responsável	Endereço RJA FRANCISCO REMIGIO, 970	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Observação	
Se a	Data/Hora Liberação 23/09/2018 às 23:14 hs.
	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais	
Peso (kg)	Altura (cm)
T (°C)	P (bpm)
R (bpm)	PA (mmHg)
	Oximetria (%)
	Glicemia (mg/dL)

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

Paciente vítima de acidente automobilístico  
apresentando ferimento corpo-inteiro  
em região frontal.

BLT, F-PROTECO, ATIVA, HÁBITO CIGARETO

A PULSO FORTÍSSIMO, TROMBOCÍ

A MATE (E) E FICANDO

MASS (E) FICANDO

A PULSO S/ACT ABAND. S/ACT

HÁBITO TCE LCV.

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

(1)0 PRIMA

(2) RL - 500 ml

(3) ATENDIMENTO 1º

(4) Diagnóstico 1º

(5) Conduta B 1º

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: KARINA CHAVES DE LIMA

COREN: 834219

Téc. Enfermagem

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)

1/1  
HYX2054  
1,84104741-1



17/05/2018



CTGE PORTALIZA DE PLS (TTQ/CE)  
FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA  
RUA JOAQUIM R DOS SANTOS, 150  
CENTRO  
62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE CE



12 10131353 06050 00000038825 20 170518

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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 038.714.153-731 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO LUIS CARLOS PINHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.814.253-195 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEO da Vitima FRANCISCO LUIS CARLOS PINHEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.814.253-195, 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 Líder-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 <u>RUA JOAQUIM RODRIGUES DOS SANTOS</u>		Número <u>150</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>LIMOEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>62432-000</u>
Email <u>RENATOPADILHA@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(8X) 9990-0500</u>

LIMOEIRO DO NORTE, 12 de DEZEMBRO de 2018  
Local e Data

FRANCISCO RENATO PAULINO DE OLIVEIRA  
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

**RECEBIDO**



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. Geon. 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 Guimarães do Norte, no Estado de

Carri, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Estimam Remição nº 490

complemento rota, 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 Augusto Carlos Pereira cujo o condutor era

Francisco Carlos Paulo Pinheiro

Veiculo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN RS

Ano: 2007

Placa: **HYV 0167**

Chassi: QC2K08108R87299

Data do Acidente: 23/09/2018

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

Geon Silva Guzman

Assinatura do Declarante

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



Ratificação por autenticidade a(s) firma(s)

Geon Silva Mendes

but "surrender" to the "unfettered" market.

Universidade do Norte (UNICEN) - 2019

Em testemunho da \_\_\_\_\_ Verdade

Yuzabores / Yozun

(✓) Bartholomeu Fontes - Tabelia  
(✓) Coelho Lopes Almeida - Escrevente Autorizada

( ) Cleide Lopes Nogueira - Escrevente

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SABEMI SEGURODORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 076265	Atendimento 0022	Nome do Paciente FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO	CNS 708003894254823	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 092.819.283-95			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 12-06-1998	Local JAGUARIBE/CE			Idade 20 Ano(s)
Mãe FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO				
Endereço RUA FRANCISCO REMIGIO, 970	Bairro CENTRO	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão TEC DE INFORMATICA	Empresa	Conjuge KARINA CHAVES DE LIMA		Telefone 88 98535570
Responsável KARINA CHAVES DE LIMA	CPF do Responsável	Endereço RJA FRANCISCO REMIGIO, 970	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Observação	
Se a	Data/Hora Liberação 23/09/2018 às 23:14 hs.
	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais	
Peso (kg)	Altura (cm)
T (°C)	P (bpm)
R (bpm)	PA (mmHg)
	Oximetria (%)
	Glicemia (mg/dL)

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

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

BLT, F-PROTECO, ATIVA, HÁBITO CIGARETAS

A PÚPILA FOTOTÉTICA, ISOCÓNICAS

A MENTE (E) E FOCALIZADA

MASS (E) FOCALIZADA

A FONIA: SILENT ABAIXO: SILENT

HÁBITO TCE LCV.

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

(1) PRIMA

(2) RL - 500 ml

(3) ATENDIMENTO 1º

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

(4) Diagnóstico 1º

(5) Conduta B 1º

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: KARINA CHAVES DE LIMA

Assinatura Profissional

Assinatura: 23/09/2018

Assinatura: 23/09/2018

Assinatura: 23/09/2018



RA: 2010020304 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)

CLASSIFICAÇÃO RISCOData/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

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

[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] VÔMITO E DIARRÉIA 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 TURSICA 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 SOFREU 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 PUBLICO 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 MEDIO - 24/24 HORAS

HORÁRIOS: 09:31 AT

Dr. Ricardo Helio Chaves Maia  
Médico  
Emergencista  
CREMEC 7521

Assinatura do profissional

Assinatura do paciente e/ou Responsável



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Limoeiro, 24/09/2018 / 09:00

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

**Nome:** FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

**Sexo:** Masculino

**RA:** 2018028304

**DN:** 19/06/1998  
( 20 Ano(s) e 3  
Mes(es) )

**At:** CONSULTA MEDICA  
**PROTUTUÁRIO:** 9984

**Convênio:** UNIMED  
**CART:** 09790020052707507  
**AUT:** 109021382

**Peso:**

**LOC: :**  
**Nº PRESCRIÇÃO:** 349

**Mãe / Responsável:** FRANCISCA AGNAMARIA CARLOS PINHEIRO /

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

9:40  
Celia da Graça  
Enfermeiro 440251

FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

RICARDO HELOI GUANES MAMA  
CRM: 7521



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  
Médico  
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  
Pagina 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



SÃOCAMILO  
Hospital São Raimundo

RECEITUÁRIO MÉDICO

Francisco Lima Costa

V. O. A.  
O. P. R. L. M. 1007

→ V. O. C. 12/12/14

U. O. 51171

DR. ESTAC  
CRM 1007

23/09/15

VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

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 pneumoencefalo.

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.

Ventrículos 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:

João Lucas Carlos Pinheiro

Solicito:

4

Ass. Prof:

① Cefalexina 500mg — (23 comp's)

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

② Dexametasona 4mg — (10 comp's)  
(Decadron)

Tomar 01 comp 12/12h por 5 dias

29 09 2018

Limoeiro do Norte, \_\_\_/\_\_\_/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](http://www.hospgvj.com.br)

Nr. Pedido: 2750939	Dt. Pedido: 25/09/2018	Dt. Entrega: 29/09/2018
Nr. Atendimento: 6069469	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
		Idade: 23a 3m 14d
Unid. Internação:	Leito: EMERGENCIA 24H - ACULTA	Leito:
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.
- Ventriculos 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.

-----  
ELIZABETH MARIA DE A L TENORIO  
CRM - 6821

INTEGRA

Paciente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Idade: 20 anos, 3 meses e 6 dias

Prontuário: 71850970

Sector: 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 pneumoencefalo. Observam-se ainda fraturas do seio frontal comprometendo as cavidades frontais à esquerda, evidenciando material hipodenso de permeio que pode corresponder a hematomas. 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.

- Ventriculos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.

- Sulcos corticais, cissuras silvianas e cisternas anatómicos.

- 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

Setor: EMERGENCIA 24H - ADULTA

Solicitante: JANAINA BASTOS DE SOUSA

Atendimento: 6069469

Pedido: 2750939

Prontuário: 71850970

Status/Sexo: U / M

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

Ac.Number: 3322478

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"*

Última alteração: ELIZABETH MARIA DE A L TENORIO

Página: 2 de 2



Paciente: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

Idade: 20 anos, 3 meses e 13 dias

Sector: EMERGENCIA 24H - ADULTA

Solicitante: LORENA MARTINS S MARQUES

Atendimento: 6079071

Pedido: 2756713

Prontuário: 71850970

Status/Sexo: U / M

Data do Exame: 01/10/2018 17:19:00

Ac.Number: 3329800

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 cominutivo 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.
- Ventriculos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, cissuras silvianas e cisternas anatômicos.
- 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) 3277.71.80 - 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 ☒
- 2- Acompanhar Familiar ☐
- 3- Fazer exame de Laboratório ☐

- 4- Cirurgia ☐
- 5- Fazer Radiografia ☐
- 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 S020

Dr. Ricardo A. Genova de Castro  
NE-URCIRURGIA  
CREMEC 3673

Fortaleza, 01 de OUTUBRO de 2018

RICARDO ANTONIO GENOVA DE CASTRO

CRM: 3673

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1

PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome:

- Ficar 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 \_\_\_\_\_

SRM/SEANC 18  
26d.: 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 FINNEIRO		Dt. Nasc.: 19/06/1990
		Idade: 20a 4m 4d
Unid. Internação:	Leito: RECEPCAO IMAGEM	Leito:
Médico Solicitante: RICARDO ANTONIO GENOVA DE CASTRO		

## 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 infra e supratentorial de aspecto normal.
- Sulcos corticais, cissuras silvianas 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 Lucas dos Reis Pereira

Atestado Médico

SABEMI SEGURADORA S/A

14 JAN 2019

RECEBIDO

Atesto para os devidos fins que  
o Sr. acima citado sofreu TCE em  
sefundo de 2018 por acidente de  
moto (SR) onde teve fratura  
ossea e problema em alguns. Foi  
tratado conservadoramente e  
fate boa evolução clinica e  
neurologica. bitoma TE

*Carimbo*

Limoeiro do Norte, 09/01/2019

Ass. e carimbo do médico

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

[www.hospqvj.com.br](http://www.hospqvj.com.br)



continuação

de acordo com o parecer  
em 22 de Outubro de 2018. -  
onde evidenciamos melhora  
na qualidade construtiva e  
fora utilizada no tratamento,  
estado de arte ambiental  
de 2018.



Limnário do Rio

63/01/19

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Francisco Lucas Carlos Pinheiro

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008162292-3

DATA DE EMISSÃO 01/07/2016

NOME FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

FRANCISCA AGNAR MARIA CARLOS PINHEIRO

NATURALIDADE JAGUARIBE - CE

DATA DE NASCIMENTO 19/06/1998

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20.625 FOLHA: 030V

LIVRO: A-020 JAGUARIBE - CE

2 VIA

Ass. gde. Jm Jm

LEI Nº 7.116 DE 2008/33

P. 1: 156

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**082.819.283-95**

Nome  
**FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO**

Nascimento  
**19/06/1998**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

IGOM

DETRAN - CE  
Nº 012261737531  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 983783586  
CDB. RENOVAM. 00000000000  
EXERCÍCIO 2015

AN SILVA GUEDES

VEÍCULO 77 GORRIE/766

3431-3303

PLACA AUT/UF

9C2KC08108R087299

CE

CHASSI

HY10167

PI/CA

PAS. MOTOCICLO/MAG. APPLIC.

COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007

ANO MOD. 2008

2E/ CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

CINZA

COP. PREÇO/VALOR

PREMIAÇÃO (R\$)

286,75

DE (R\$)

1,11

PEDIDO TOTAL (R\$)

292,01

DATA DE PAGAMENTO

08/01/2016

LIMITE DO NOME

08/01/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012261737531 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 024 1204

VIA 03343176303

CPF / CNPJ

01

EXERCÍCIO

2015

DATA EMISSÃO

08/01/2016

RENOVAM. 983783586

PLACA

HY10167

PI/CA

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007

ANO MOD. 2008

9C2KC08108R087299

CHASSI

HY10167

PI/CA

PREMIO TARIFARIO

14,34

DE NATURA (R\$)

143,88

CUSTO DO SEGURO (R\$)

292,01

DATA DO SEGURO

08/01/2016

PREMIO DO BILHETE (R\$)

1,11

DE (R\$)

292,01

DATA DO SEGURO

08/01/2016

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

08/01/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

LOTE/DOC: 86923015083480000104

MOTOR: KC08E1800W

SABEMI SEGURADORA 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 - Órgão 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 TRÂMSITO 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?** ☒ Sim ☐ Não

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

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

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às 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 **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
PINHEIRO

### 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 **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
PINHEIRO

## 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..

**Sequelae permanentes:**

**Sequelae:** 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 PERIOCLAR, FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO, SEIO PARANASAL E PNEUMOENCEFALO.

**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



# 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 PERIOCLAR, FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO, SEIO PARANASAL E PNEUMOENCEFALO.

**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:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: TECNICO TELECOMUNICAÇÕES portador(a) do RG 20081622423, órgão expedidor SSP  
e do CPF: 082.819.283-95, residente no(a) RUA CEL. FRANCISCO RENOGLIO  
nº 970, bairro: CENTRO, município: LIMOEIRO DO NORTE I. CE

### OUTORGADO:

Nome: FRANCISCO RENATO CAVALHO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: VEICULANTE, portador(a) do RG 200303202704, órgão expedidor SSP  
e do CPF: 078.714.183-73, residente no(a) RUA JOAQUIM RODRIGUES DOS SANTOS  
nº 150, bairro: CENTRO, município: LIMOEIRO DO NORTE I. 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: 23/09/2018

Local e data: LIMOEIRO DO NORTE, 12, NOVEMBRO, 2018

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
Tabelião de Notas  
Carla Pinheiro  
Limoeiro do Norte, CE  
Em testemunho  
12 NOV 2018  
Assinatura do Tabelião  
Avali: FERNANDA LIMA - Tabela  
Gen: CLAUDIA JOSE FERNANDES LIMA - Substituto  
Gen: CLAUDIA MARIA FERNANDES LIMA - Substituto  
Gen: LUIZ VAGNER OLIVEIRA - Esc. Oficial  
Gen: FERNANDA LIMA - Esc. Oficial

SABEMI SEGURADORA S/A

12 DEZ 2018

RECEBIDO

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(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

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449070/18

**Vítima:** FRANCISCO LUCAS CARLOS PINHEIRO

**CPF:** 082.819.283-95

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/09/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO LUCAS  
CARLOS PINHEIRO

**CPF de:** Próprio

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA  
CPF: 028.714.183-73

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO  
CPF: 011.566.373-84

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO LUCAS  
CARLOS PINHEIRO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019  
Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA  
CPF: 028.714.183-73

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO  
CPF: 011.566.373-84

\_\_\_\_\_  
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 Sabemi 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	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8qt7VOfqxd6OzleVMbApYQ=api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE841DXjo__tU+YIR4DHWWgGI=)
17/01/2019	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gE+o1BLVw0BhEe6E1P5eeapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE841DXjo__tU+YIR4DHWWgGI=)
18/12/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/i68pHb__crY2GwPoknUOapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE841DXjo__tU+YIR4DHWWgGI=)
15/12/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/EalnxmLORUKolkFDOFIMapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE841DXjo__tU+YIR4DHWWgGI=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguir-dpvt/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataformadigital>

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

## PAGUE SEGURO

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

## ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)<https://www.seguradoralider.com.br>[https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat\\_oficial/](https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)  
[https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat\\_oficial/](https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)  
<https://www.youtube.com/channel/UCqC3ADder-dpvt>

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.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 \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)