



---

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2014

Carta nº: 5642625

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

**Sinistro:** 3140001579  
**Vitima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA  
**Data Acidente:** 30/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

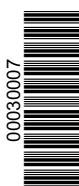
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2014

Carta n°: 5716134

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

**Sinistro:** 3140001579  
**Vitima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA  
**Data Acidente:** 30/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **10/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

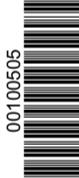
**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6071245

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

**Sinistro:** 3140001579  
**Vítima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA  
**Data Acidente:** 30/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6170068

A/C: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Sinistro: 3140001579  
Vitima: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA  
Data Acidente: 30/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 237

Agência: 000001593-8

Conta: 0000019142-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

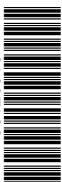
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Lairton de Sa Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Dt Ipueiras, S/N  
Ni Quixadá CE CEP: 63900-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 122500986  
Data local do exame: [ 21/01/2015 ] Boa Viagem [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Trauma toracico**

**Trauma em pé esquerdo**

**DOr a respiração profunda, com diminuição discreta da expansibilidade toracica e limitação discreta da capacidade respiratoria**  
**Dor a movimentação do pé esquerdo, não consegue ficar apoiado sobre o pé esquerdo,limitação leve da dorsiflexão do pé esquerdo**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

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

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

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

**Tratamento conservador, imobilização gessada por 30 dias e uso de medicação**

**Não fez fisioterapia**

**Evoluiu sem complicações**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

**DOr a respiração profunda, com diminuição discreta da expansibilidade toracica e limitação discreta da capacidade respiratoria**

**Dor a movimentação do pé esquerdo, não consegue ficar apoiado sobre o pé esquerdo,limitação leve da dorsiflexão do pé esquerdo**

**Deficit funcional residual em estrutura toracica e leve em pé esquerdo**

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

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

**( ) “Vítima em tratamento”**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

**( ) “Sem sequela permanente”**

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

**( ) “Exame não permite conclusão”**

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

**Região Corporal (Sequela):**

**Estrutura toracica**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

**Pé Esquerdo**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

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

**( ) Total = “100% da IS”**

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

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01593-8

CONTA: 000000019142-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO26012015050000000002370159300000019142303750 PAGO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 5063 / 2014

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 14/10/2014 / 08:54:38

Data / Hora da Ocorrência : 30/09/2014 21:00:00

Endereço da Ocorrência: NI LOCALIDADE PITOMBEIRA

QUIXADA /CE

Ponto de Referência: ESTADRA CARROCÁVEL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA  
DIRETOR DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA  
FONE/FAX. (0-88)3445.1047

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: FRANCISCO LAITTON DE SA LIMA

Nascimento : 22/01/1968

CNH: 02239743077 Órgão Emissor: DETRAN UF: - CPF: 31667287320

Filiação: GERALDO GOMES DE LIMA

LOURDES ALVES DE SA LIMA

Endereço: NI LOCALIDADE IPUEIRAS

DISTRITO CUSTÓDIO

QUIXADA CE BRASIL

Telefone:

CAPEMISA  
05 NOV 2014

*Histórico*

Informa a vítima que no dia 30/09/2014, por volta das 21hs00min, estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, COR VERMELHA, PLACA NRE-9646, de sua propriedade, quando ao chegar no local supracitado, bateu em uma pedra da estrada carrocável, perdeu o controle da moto e colidiu em uma barreira de terra e rãzes, caindo e ficando lesionado; Que, foi socorrido por um amigo, conhecido por "NALDO" ao Hosp. Municipal Hudálio Barroso, nesta urbe; Que, tem como testemunhas do fato: REGINALDO SANTANA SOARES, RG N° 2007087844-1 SSPDS/CE, CPF N° 009.777.173-21 e INÉS LOURENÇO DA SILVA, RG N° 3408458-99 SSP/CE, CPF N° 945.065.903-68, ambos residentes na Loc. Ipueiras, Distrito de Custódio, nesta urbe. E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *João José de Souza Mendes*

JOÃO JOSÉ DE SOUZA MENDES - MAT.: 300047-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Eco lais tom de Sabino*

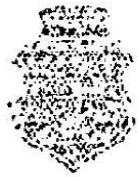
VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEXANDRE FERRAZ PEREIRA - MAT.: 198409-1-3

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*





**GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGUINCIAS PÚBLICAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADÁ**

BOLLETIN DE DOCUMENTACION Y ESTADISTICA - 2003/159

Digitized by srujanika@gmail.com

## Словарь русского языка

Figure 1: A sample of the generated data.

**Prendiamo da Ossington: IN LOCALIZZAZIONE PIEMONTE**

WDR ARD ARD

*Lectura de Religión Católica para la CARRERA*

**Модульный кабельный монтажный блок**

Digitized by srujanika@gmail.com

## ANALOG COMPUTED CONTROL SYSTEM

AMUL AG 50TH ANNIVERSARY CELEBRATION

BRIDGEPORT MI LOCATED IN DIAZ LINES

## **DISSEMINATION**

## ЛІБАН ВО ДІЛЯНІ.

卷之三

卷之三

[DESEJO ADQUIRIR](#) [DETALHES](#) [OUTRAS OFERTAS](#) [RECUPERA SENHA](#)

卷之三

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE : 1934 : 1-117000

THE PRACTICAL USE OF THE COMPUTER IN THE FIELD OF POLYMER PHYSICS

وَالْمُؤْمِنُونَ الْمُؤْمِنَاتُ وَالْمُؤْمِنُونَ الْمُؤْمِنَاتُ

L-1-904801 : TATE - A HISTORY OF SOUTHERN ARKANSAS IN EIGHT VOLUMES

© 2010 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University.

5-ESQUELA INSTITUCIONAL DE DIVERSIDAD



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Fico梨士達 de Sia Vitoria.

PORTADOR(A) DO RG Nº 122 500986 EXPEDIDO POR SSP/CO EM / / E

CPF 316672973-20 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO  

E RENDA MENSAL DE R\$   (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Vitoria. Vitoria. Vitoria., AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 1593-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0019-142 - 6

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Quixada - ce, 17 de Outubro de 2014. Fico梨士達 de Sia Vitoria.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

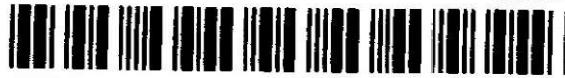


## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





## A SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DPVAT

RECEBIDO EM:

31 DEZ 2014

Prezado Analista

Eu Felipe Vainson de Salles Vitima de Acidente

Automobilístico ocorrido em 30/09/2014 pnde configuro como beneficiário de natureza invalidez permanente, de sinistro 3140/001579.

Venho por meio desta carta, protocolar meu pedido de continuidade do meu Processo, haja visto que, não possuo mais nenhuma documentação Medica hospitalar, pois todas que eu tinha já enviei para a Reguladora responsável. Peço que por gentileza seja marcada uma Pericia com um medico do Dpvat para constatação de minhas seqüelas.

Estou à disposição para qualquer esclarecimento

Sem Mais

Telefones para contato: (88) 3445-0364 (81) 9435-2424 (88) 9903-7030

Recebido em 09/12/2014

Atenciosamente, Felipe Vainson de Salles

Atenciosamente, Felipe Vainson de Salles

Assinatura: \_\_\_\_\_

Confidencial

## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Felipe Vilela de Sá Lima, portador da carteira de identidade nº 122500926, e inscrito no CPF/MF sob o nº 316.672.873-20, residente e domiciliado na Rua Ipiranga, 100 - Centro, Cidade Guarulhos, Estado São Paulo, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias dos respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Eco laista m d s d l o o

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

CAPEMISA

05 NOV 2014

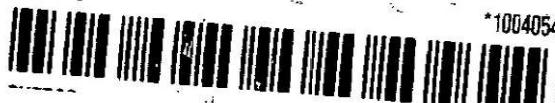
Diretoria - ee

Local

17/10/14

Data

OUTROS



\*1004054\*

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

## DECLARAÇÃO

Eu, Felipe Lautan de Souza Lima, portador da carteira de identidade nº 122.500.986 e inscrito no CPF sob o nº 346.672.873-80.

Residente e domiciliado na Av. Ipiranga

Cidade: Guarulhos, Estado: São Paulo, declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO

INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada / / , Data de Saída / / , Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

CAPEMISA

05 NOV 2014

X Felipe Lautan de Souza Lima

Assinatura do Declarante

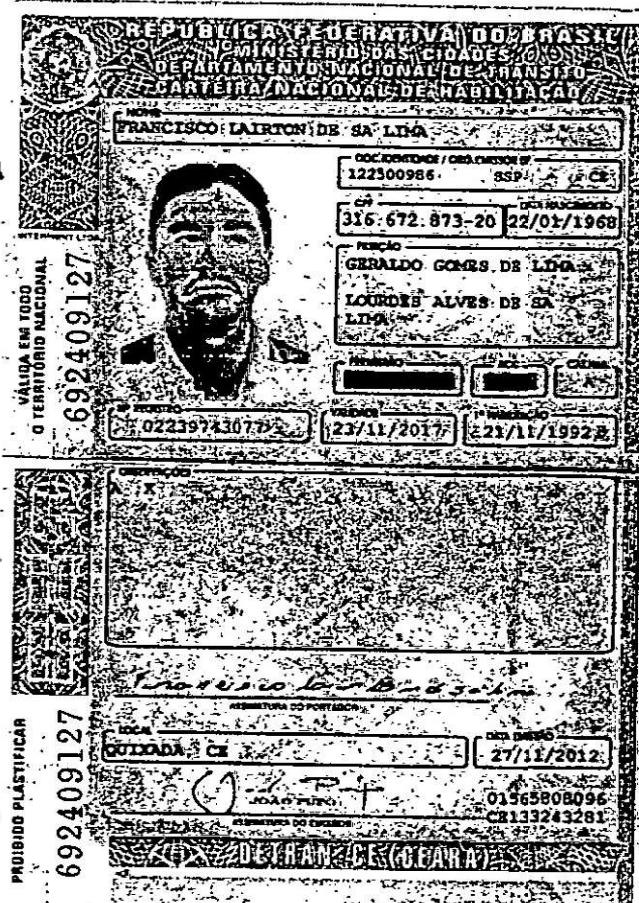
Guarulhos - SP

Local

17/10/2014

Data





CAPEMISA

05 NOV 2014

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037





FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a)

*Francisco Mardônio Salmito de Almeida*vítima de acidente de trânsito, em 30/09/14, sofreu:

*Fraturas ósseas múltiplas  
Fractura de articulações  
Fratura óssea no polegar esquerdo  
Fratura óssea no pt. csg.  
e submeteu-se a tratamento(s): CRM- 520.2, 8.22.3, 563 e  
Tensiómetro da prótese e uso de escudos  
fixos protéticos.  
Medicamentos*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Doutras sequelas nos ossos cortados  
Dificuldade de se mover normalmente  
com causa de dor alastrada  
Fractura óssea no polegar e pulso  
esquerdo, houve mobilização e  
mobilidade. Perda de um dedo  
excesso de dor no dorso do  
pé, claudicação e instabilidade  
desenvolvida.*

Fco. Mardônio Salmito Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM- 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
CREMEC 4411 /

23/10/14

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a)

Francisco Mardônio Salmito de Almeida

vítima de acidente de trânsito, em 30/09/14, sofreu:

Fraturas ósseas torácicas  
Fractura de arcos costais  
Fraturas ósseas no polegar esquerdo  
Fraturas ósseas no pt. est.  
e submeteu-se a tratamento(s): CIO- 520.2, 8.22.3, 563 e

Imobilização do polegar e suas sequelas  
Fratura torácica.  
Medicamentos

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dores crônicas nos arcos costais  
Dificuldade de respirar normalmente  
com desconforto sonolência  
Tremor estiverado no polegar e punho  
esquerdo. Inabilidade motora e  
motores BMS. Perda de um vaso de  
sangue e dor no lado do  
mí, claudicação e insinuação  
de polirradicular.

Fco. Mardonio Salmito Almeida,  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM 4411

Dr. Francisco Mardonio Salmito de Almeida  
CREMEC 4411 /

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.









**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ**  
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

**FICHA DE REFERÊNCIA**

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1<sup>a</sup> via à unidade de origem.

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO:

Nome: João Santos de Souza Lima

MUNICÍPIO

Prontuário N:

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 96

Ocupação:

Endereço:

Bairro: Novo Horizonte

Telefone:

Motivo do Encaminhamento:

Alta e frouxo em favela  
costela rígida hirto com dor  
fissura de ossos

Conduta Realizada:

Encaminhado a oncológica frouxa

Impressão Diagnóstica: *Br. Páginas 1 a 3 de 3  
MÉDICA CRM 6079  
Data 11/10/2014*

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função:

Data: 20/09/15

Hora:

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Ortopedista

Profissional: Thamara

Unidade de Referência: UFSCar

Data: / /

Hora: / /

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N:

Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Autentico para os devidos fins a presente cópia reprodutiva do original que foi apresentado em cartório pela interessada. Dou fé.	
13 OUT. 2014	
Em test. <u>Marília Viana Silveira</u> da verdade.	
<input type="checkbox"/> Marília Viana Viana-Silva - Titular <input type="checkbox"/> Maria Lúcia Lima Silva - Substituta <input checked="" type="checkbox"/> Maria Aurimete de Almeida Costa - Esc. Autorizada	
CID:	
CID:	
CID:	

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

Proposta de conduta para segmento

O problema justificou a referência?  Sim  Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  Sim  Não

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função:

Data:

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Felipe Vainton de Sá Lino,  
RG nº 122500986, data de expedição 11/11 Órgão SSP/ce,  
CPF nº 316.672.873-20, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Dt Praeiras
Número	-
Apto / Complemento	-
Bairro	Dt entodio
Cidade	Quixada
Estado	Ceará
CEP	63900000
Telefone de Contato	(88) 3445-0364 (88) 9415-2414 (88) 9903-7030
E-mail	CAPFMISCA

05 NOV 2014

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixada - ce 17/10/14

Assinatura do Declarante: Felipe Vainton de Sá Lino



**coelce**

endesabrasil

Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3  
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 24 26001 05 022600 - 4 Data de Emissão 05/08/2014

Nome SONIA RAIMUNDA DE LIMA

End. Postal DT IPUEIRAS 00000

DISTRITO CUSTODIO - QUIXADA - 63900000

7263800

Medidor 04-RURAL MONOFASICO

Classe 143699873-68

RG / CPF / CNPJ

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

## DATAS

Data da  
05/08/2014

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto 60135-040

Mês Jun/2014

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 130,00

Alíquota 1,70

Valor do Imposto 2,21

## Padrão Individual

Mês Jun/2014

Apuração Individual

DIC 10,67 21,74 45,45 0,78 0,78 0,78

FIC 7,74 15,49 38,98 1,00 1,00 1,00

DMIC 5,88 11,77 23,56 0,10 0,10 0,10

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL UTILIZADO: 0,00

UTILIZADO: 0,00 DIF: 0,00 DIF: 0,00

UTIL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140001579      **Cidade:** Quixadá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA      **Data do acidente:** 30/09/2014      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA TORACICO, POLEGAR E PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL POLEGAR E PE ESQUERDO/ESTRUTURAS TORACICAS

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/POLEGAR ESQUERDO:50% DE 25% = 12,5%/PE ESQUERDO:25% DE 50% = 12,5% /ESTRUTURAS TORACICAS:10% DE 100%:10%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

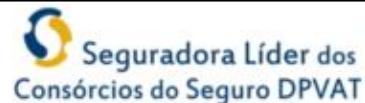
**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140001579      **Cidade:** Quixadá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA      **Data do acidente:** 30/09/2014      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma toracico  
Trauma em pé esquerdo

**Descrição do exame médico pericial:** DOr a respiração profunda, com diminuição discreta da expansibilidade toracica e limitação discreta da capacidade respiratoria  
Dor a movimentação do pé esquerdo, não consegue ficar apoiado sobre o pé esquerdo,limitação leve da dorsiflexão do pé esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador, imobilização gessada por 30 dias e uso de medicação  
Não fez fisioterapia  
Evoluiu sem complicações

**Sequelas permanentes:** Dano residual em Estrutura torácica  
Dano leve em Pé Esquerdo

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 21/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ALESSANDRA DIONES

**CRM do médico:** 35773

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>22,5 %</b>	<b>R\$ 3.037,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Galdino Leonardo".

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140001579

**Cidade:** Quixadá

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** FRANCISCO LAIRTON DE SA LIMA  
**Data do acidente:** 30/09/2014

**Emissor do parecer:** Kelly Nicolau Rodrigues

**Seguradora:** CAPEMISA  
SEGURADORA DE VIDA  
E PREV. S/A

**Prestadora:** Visão Médica Ltda

**CRM do médico:** 52.43685-6

### PARECER

**Data da análise:** 18/11/2014

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORACICO, POLEGAR E PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:**

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO PRECOCE COM MENOS DE 60 DIAS

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:**

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>% Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.		<b>Valor avaliado:</b> 0,00