

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499261 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. JOFRANIO B. F. DE CALDAS, CRM 6795, EM 10/01/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Número do Sinistro: 3180499261

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180499261**

Vitima: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180499261**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549030



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180499261

Vitima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180499261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13558413





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

630.225.243-15

Nome completo da vítima

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES		CPF titular da conta 630.225.243-15	Profissão RECUSOU-SE
Endereço RUA JOAQUIM DA ROCHA		Número 1098	Complemento CASA
Bairro JOÃO CABRAL	Cidade JUazeIRO DO NORTE	Estado CEAPA	CEP 63051-040
Email			Telefone (DDD) 881988090712

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
0032

D/V

CONTA

NRO.
00094415

D/V

(Informar dígito se existir) 03

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. DO NORTE-CE 06 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Regivaldo de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Boletim de ocorrência



YNU



91

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9408 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/08/2018 14:39:17**
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2018 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA**
Complemento: **COM RUA FARIAS BRITO**
Bairro: **JOÃO CABRAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**
Nascimento: **11/09/1978** CPF: **630.225.243-15**
RG: **97029098141** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CECI SOUZA RODRIGUES**
SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES
Endereço: **RUA JOAQUIM DA ROCHA, 1098**
Bairro: **JOÃO CABRAL**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98854-4225**

Noticiante(s)

Nome: **CÍCERO ROBÉRIO SOARES DA SILVA**
Nascimento: **24/08/1975** CPF: **257.852.608-75**
RG: **21212** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA IZOLDA DA SILVA**
OSVALDO JULIANO DA SILVA
Endereço: **RUA FARIAS BRITO, 928**
Bairro: **ROMEIRÃO** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98808-2663**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HX15322** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KC08106R881342 Renavam: **880126094** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
LARANJA Proprietário: **CICERO ROBERIO SOARES DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

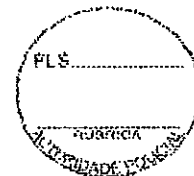
Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE é mototaxista e estava realizando uma corrida no dia, hora e local, acima informados, em seu veículo, supracitado, anexa cópia do CRLV, com a pessoa de REGIVALDO DE SOUZA na garupa, pela via preferencial, quando ao passar pela Rua Farias Brito, uma moto HONDA BIZ PRATA, não sabe mais detalhes, invadiu a preferencial e veio atingir a parte traseira da sua moto, pegando no tornozelo da vítima; QUE todos foram ao chão no momento da colisão; QUE alega não ter sofrido nada, porém o passageiro reclamava de dor no pé esquerdo, porém não quis ir de imediato para o hospital, então foi para casa; QUE o condutor é habilitado [CÓPIA ANEXA]; QUE no dia seguinte,

Ali Cero ROBERIO Soares da Silva

Impresso em: 15/09/2018 16:00:24

RECEBIDO
18 OUT 2018
Seguradora Líder DPVAT

JS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 9406 / 2018

28/06/2018 pela manhã, resolveu ir ao HOSPITAL, porque o pé inchou e ficou doendo; QUE procurou atendimento na UPA 24h; QUE conforme ATENDIMENTO Nº 409037 [CÓPIA ANEXA], a vítima chegou ao hospital referindo trauma com dor e edema em tornozelo esquerdo; QUE alega ter fraturado o tornozelo esquerdo; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

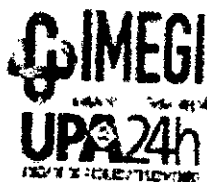
[Assinatura]
MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura] **ROBERTO SANTOS DA SILVA**

VISTO DO DELEGADO(A) :

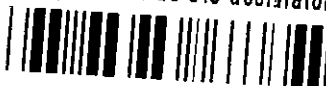
[Assinatura]
JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/L
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail:

Comprovação de ato declaratório



409037

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 28/06/2018
Hora: 09:12

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 156868REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

Endereço: RUA FARIAS BRITO, 1145, JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO NORTE
Nasc: 11/09/1978 Idade: 39
Telefone: - Celular: (88) 98835-4844
CEP: 63.051-125 Natural: BARRO-CE

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 97029098141 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

REFER TRAUM ONREM EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQ

Antecedentes Médicos

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame Físico

EDDAM ARTICULAR SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

Exames Complementares

ANAMNESE EXAME FÍSICO / SEGUE COM ORIENTAÇÕES

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

VPM

SOLIC RX TORNOZELO E

Tratamento

HIANNY APOLINARIO FEITOSA LANDIM
CRM: 15794 / CE

GA Informática - www.syshosp.com.br

DR. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
CRM 46466
Diretor Médico

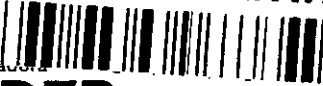
Data: 26/07/2018 Horário: 08:04

Página: 1
Ficha_CPSMed2



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF da Vítima

630.229.243-15

Data do Acidente

27-06-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

J. DO NORTE-CE 06 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

X Regivaldo de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 541949001
Companhia Energética do Ceará
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

Esta é a segunda via de
SET/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1045665 DV **1**

VENCIMENTO
26/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 12 013000 23 012400

Nome MARIA CECI DE SOUZA RODRIGUES

Endereço Postal

Medidor

5537786

Poste

0000 A90N

End. da Unidade
Consumidora

RU JOAQUIM DA ROCHA 01098 JOAO CABRAL JUAZEIRO DO
NORTE 63051040

RG / CPF / CNPJ 013.191.983-09

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 24091

24007

1

84

0

84

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/09/2018

Prev. Próxima
Leitura

18/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E819.4FC8.6C2B.5E15.EB1E.0C71.6535.CFCE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

INDENIZAÇÃO MENSAL DNIC

-26,63

PLS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

-0,40

MULTA MORATORIA

0,51

DOAÇÃO APAE - TEL 0800-095-0703

0,54

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,19)

3,00

Comprovante de residência



ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,79

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	5,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	1,00	0,00	0,00
OMIC (h)	2,77			5,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

1045665-1

Nº da Nota Fiscal: 541949001

Total a Pagar (R\$): 0,00

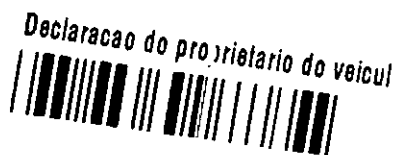
Data de Emissão:

05/10/2018

Referência: SET/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA,
RG nº 20151648020, data de expedição 01/12/15,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 257.852.608-75, com
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FARIAS BRITO, nº 928,
complemento LONETRÃO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES, cujo o condutor era
CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA.

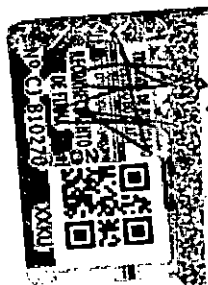
Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA CG 150
Ano: 2006
Placa: 4XES322
Chassi: 9C2K-C08106R 881342
Data do Acidente: 22-06-2018
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 23-08-18

3º OFÍCIO

CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA

Assinatura do Declarante

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

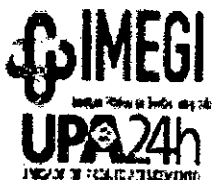


CV

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0929 / 3587-1857 - www.cartorioviana.com.br
Belª. Lúcia Maria do Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA CONFERIDO () DOU FÉ.
Juazeiro do Norte-Ceará, 21/08/2018.

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Cavalcante
- ESCRIVENTE -



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: ...

409037

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 28/06/2018
Hora: 09:12

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 156868REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

Nasc: 11/09/1978

Idade: 39

Telefone: () -

Celular: (88) 98835-4844

Endereço: RUA FARIAS BRITO, 1145, JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO CEP: 63.051-125 Natural: BARRO-CE

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 97029098141 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

REFER TRAUM ONREM EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQ

Documentação médica - hospitalar



Antecedentes Médicos

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame Físico

EDAM ARTICULAR SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

Exames Complementares

ANAMNESE EXAME FÍSICO / SEGUE COM ORIENTAÇÕES

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

VPM

SOLIC RX TORNOZELO E

Tratamento

HIANNY APOLINARIO FEITOSA LANDIM
CRM: 15794 / CE

DR. Hedilberto Macedo
MÉDICO
CRM 40466
Diretor Médico

GA Informática - www.syshosp.com.br

Data: 26/07/2018 Horário: 08:04

Página: 1
Ficha_CPSMed2

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Reginaldo da Silva Rodrigo

portador da carteira profissional nº.

Série _____ Necessita de 30 (trinta)

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença trauma em consolidação

C. I. D. S82

URTA 180718

Hospital ou Ambulatório.

Cássio Murilo da Silva

Ortopedia e Traumatologia

Ass. Do Médico - CRM Nº.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº. 60.501, de 14/06/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Resíduos de Souza Pontes

do outposts

*Dr. Ricardo S. Rodou da Silva
Povo - x E. I. e. C. P. da Continuidade
Cópia de Plano Anual.*

Dr. Ricardo S. Rodou da Silva
CREMEL 18074

28/06/18

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)

OPERADOR: MAIC em 28/06/2018 às 16:09:50
COMPETÊNCIA: 2018/7**USS:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
PROF. SOL.: 463492 - PADRAO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700609956122768
ID: 483309 **Pront.:**
Usuário: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
Dta. nasc.: 11/09/1978 **Idade:** 39 **SEXO:** M
Nome mãe: MARIA CECY SOUZA RODRIGUES
Nome Pai: SEVERINO BERNARDINO
End: JOAQUIM DA ROCHA, 1098 **CEP:** 63051040
Bairro: JOÃO CABRAL
Sem telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada: Quarta-feira, 04 de Julho de 2018
Hora: 07:00:00
AUT: 2018062800883 **CONTROLE:** 1949218
USP: POLICLINICA TASSO RIBEIRO JEREISSATI
End: SAO PEDRO, S/N
Bairro: SANTA TEREZA
contato: **Telefone(s):** 885123262 / 8835122491 **Fax:**
Prof. R: 189288 - CASSIO MURILO DA SILVA
Esp.: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

DATA MARCADA QTDE

04/07/2018 1 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTOS

OBS.: Não informado**OBS(Sistema):** NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. codigo_barras



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Reginaldo d Souza Robre

R₀

① Nrsuldo (100)

019 01 1202

06

040718

Ass. Munio da Silva
Cirurgião e Traumatologia
CRM-CE 3602

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Rogivaldo da Silva Rodrigo
portador da carteira profissional nº.

Série _____ Necessita de 30 (trinta) _____

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença mg. Hb. em consolidação

C. I. D. S82

HRTF 180718

Hospital ou Ambulatório.

Assis M. da Silva
Osteopata

Ass. Do Médico CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 66 do RCGPS.
Aprovado pelo Decreto nº. 60.591, de 14/05/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Reynaldo da Silva Rodry

portador da carteira profissional nº.

Série

Necessita de

15 (Quinze)

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença

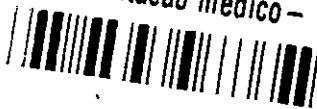
C. I. D. S85

HATAS DUOR18

Hospital ou Ambulatório.

Ass. Do Médico - CRM Nº.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório Médico
O paciente Regivaldo de Souza Rodrigues sofreu acidente de trânsito no dia 27/06/2019 que resultou em fratura do fêmur do membro esquerdo. Recebeu fixação cirúrgica (imobilização com gesso (60 dias). Apresenta sequelas motoras (limitação de 50% dos movimentos do fêmur esquerdo). Recebeu alta definitiva no dia 10/01/2019

10/01/2019

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalyse

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Regisvalda da Silva Rodas

portador da carteira profissional nº.

Série

Necessita de 30 (trinta)

Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença no fim em consolidação

C. I. D. S82

UFRRJ 180718
Hospital ou Ambulatório

Assis Maria de Silva
Osteopata

Ass. Do Médico - CRM nº.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 66 do RCMPS.
Aprovação pela Decreto nº. 59.501, de 14/06/67 e será expedito para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado
Reginaldo de Sato Rodry
portador da carteira profissional nº _____
Série _____ Necessita de 15 (Quinze)
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
De doença
C.I.D. S85

HENRI DUORTES
Hospital ou Ambulatório.

Mário Mario de Sato
Gestor de Assistência Médica
Ass. Do Médico - CRM Nº. _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**
 Número: **630.225.243-15**
 Nascimento: **11/09/1978**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Único de Saúde

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
 Data Nasc.: 11/09/1978
 Sexo: M

89627 2195 6609 007

SUS

ORIGEM SAÚDE 136

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

verso

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

PROIBIDO PLASTIFICAR

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES
MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

REGISTRO GERAL
97079098141
DATA DE EMISSÃO
11/10/2017

DATA DE NASCIMENTO
11/09/1978

NOME
REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
FILIAÇÃO
SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES
MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

NATURALIDADE
BARRO - CE

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO
CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1979 FOLHA: 228
LIVRO: A-03 BARRO - CE
CPF: 630.225.243-15

ASSINATURA DO DETENTOR
Regivaldo de Souza Rodrigues

ASSINATURA COTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

VIA 7

DOCUMENTS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEBTO GERAL 97029098141 DATA DE EMISSÃO 11/10/2017



NOME REDIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
FILIAÇÃO SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES
MÁRIA CECI SOUZA RODRIGUES

NATURALIDADE BARRO - CE DATA DE NASCIMENTO 11/09/1978

DOS ORÇEN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1979 FOLHA: 228
LIVRO: A-03 BARRO - CE
CPF 630.225.243-15

PASSAPORTE Nº 97029098141
P.: 98

2 VIA RECEBIDA O DIA 11/10/2017
LEI Nº 2.110 DE 20/09/03

<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>ESTADO DO CEARÁ</p> <p>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL</p> <p>PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ</p> <p>CORREÇÃO GRÁFICA DE IDENTIDADE</p>	<p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> 	<p>Assinatura de Jozan Porfírio</p>
<p>CEL</p>	<p>Polegar Direito</p> 	<p>Assinatura de Jozan Porfírio</p>

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

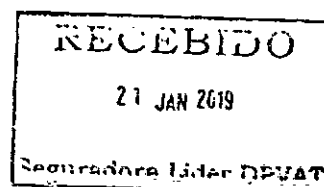
Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180499261**

Vítima: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180499261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
RUA JOAQUIM DA ROCHA, 1098
JOÃO CABRAL
CEP 63051-040 - JUAZEIRO DO NORTE - CE

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

00 11 48 10 19

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Pedido de Análise

Em Análise de Sanção Rodolfo
PISO KUE que a Sanção da
IDF continua na mesa
PNO ESSO.

Abrigado

Análise de Sanção Rodolfo

3180199261

63022524513

Análise de Sanção e

10/01/29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012674497850

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 RENAVALIAÇÃO R.N.T.R.C. EXERCÍCIO:
TURID1 880126094 00000000000 2016

NOME
CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA

UAZEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ PLACA
25785260875 HXI5322

PLACA ANT./UF CHASSI
CE 9C2KC08106R881342

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NET APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CE 150 TITAN ES

CAP./POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC ALUGUEL LARANJA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****
FAIXA I PVA. PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
286.75 0.00 286.75 22/02/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
UAZEIRO DO NORTE 13/10/2016

IGOR SOARES
CARTÃO DE LICENCIAMENTO
EXIBIR



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 012674497850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 13/10/2016

VIA: CPF/CNPJ PLACA
01 25785260875 HXI5322

RENAVAM MARCA/MODELO
880126094 HONDA/CE 150 TITAN ES

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2006 09 9C2KC08106R881342

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04 14.34 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 1.11 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 22/02/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

LOTE/DOC: 130822700
MOTOR: KC08E106R881342

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES : 630.225.243-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

YVE PARREIRA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CICERO ROBERIO SOARES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / OPC. EMISSOR UF
20151648020 SSP CE

CPF 257.852.608-75 DATA NASCIMENTO 24/08/1975

FILIAÇÃO
OSVALDO JULIAO DA SILVA
MÁRIA IZOLDA DA SILVA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

Nº REGISTRO
02195449380

VALIDADEZ
27/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
19/11/1996

SEM OBSERVAÇÃO

Cicero Roberio Soares da Silva

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
01/12/2015

1008 MARCONCELOS PONTE

11857792660
CE150934432

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT-PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
DATA DO ACIDENTE 27.06-2018 CPF DA VÍTIMA 630.225.243-15
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DPVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAQUIM DA ROCHA
Nº 1095 COMPLEMENTO CASA BAIRRO SOUZA CARVAL
CIDADE JOAZEIRO DO NORTE UF CE CEP 63052-040
E-MAIL _____ TELEFONE (85) 988 03942

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06.09.2015

IDENTIDADE Regivaldo de

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Regivaldo de
Souza Rodrigues

Destinatário:

Seguradora Líder das Comunicações do Seguro DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar,
Centro, CEP: 20031-205
Rio de Janeiro - RJ - Brasil



Remetente:

Regivaldo de Souza Rodrigues

Rua: Joaquim da Rocha, 1098, São Gabriel

CEP: 63051-040

Juazeiro do Norte - Ceará - Brasil.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Número do Sinistro: 3180499261

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA
RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Paulo Victor Soares Sant'Ana

DH



Correios

☐ MP

☐ AR

Rio de Janeiro - RJ

Centro

20031-905

Seguimento Retirar dos Correios de Jguas Dvrt

Rua Jernado

Plantas 74 15: Andam

Restaurano



Reimonte

Regivado de Janga Rodrigues

Para pagamento da Rocha 1098

João Cabral 63051010

Quartão do Norte - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499261 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. JOFRANIO B. F. DE CALDAS, CRM 6795, EM 10/01/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

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
Outros

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES : 630.225.243-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 630.225.243-15

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

YVE PARREIRA DA SILVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000094415-3

Nr. da Autenticação 23DD2148BA06D908