

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

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 médica-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

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

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



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 LIDER 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



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

Nome completo da vítima

630.225.243-15

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 TRAJEIRO DO NORTE	Estado CEARA
Email	CEP 63051-040	Telefone (DDD) 851988070712

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 **OP. 013** CONTA NRO. **100094415** D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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

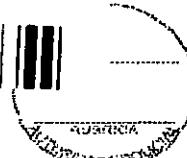
Regivaldo de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3/1
yNU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9406 / 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 FARIAZ 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 JULIÃO DA SILVA

Endereço: RUA FARIAZ 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: CÍCERO 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,

RECEBIDO

18 OUT 2018

Seguradora Lider DPVAT

Cícero Roberio Soares da Silva



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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 : SS
MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Edilson Roberio Soares da Silveira

VISTO DO DELEGADO(A) : JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3


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

Nasc: 11/09/1978 Idade: 39

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

Telefone: Celular: (88) 98835-4844

Endereço: RUA FARIA 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: 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 / SEGURO COM ORIENTAÇÕES

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

VPM

SOLIC RX TORNOZELO E

Tratamento

 HIANNY APOLINARIO FEITOSA LANDIM
 CRM: 15794 / CE

GA Informática - www.sys hosp.com.br

 DR. Hedilberto Macêdo
 MÉDICO
 CRM: 16466
 Diretor Médico

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

REGINALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF da Vítima

630.225.243-15

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



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	

DESCRICAÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
19/09/2018	18/10/2018

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
 Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 24091	24007	1	84	0	84
----------	-------	---	----	---	----

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
 INDENIZAÇÃO MENSAL DMIC
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S, BAIXA RENDA
 MULTA MORATÓRIA
 DOAÇÃO APAE - TEL 0800-095-0703
 ADICIONAL BANDEIRA VERDE/LH MES (R\$ 2,19)

-26,63
 -0,40
 0,51
 0,54
 3,00

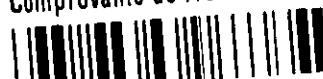
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 E819.4FC8.6C28.5E15.EB1E_0C71.6535.CFCE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Comprovante de residência



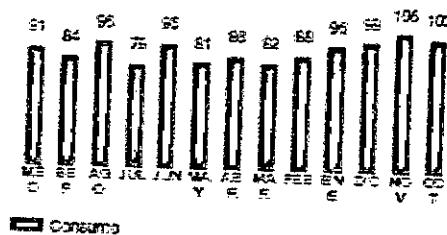
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,79

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês JUL/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

Declaracao do proprietario do veicul



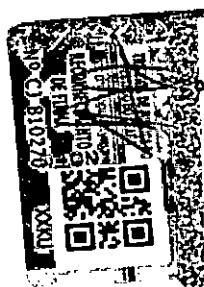
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO ROBERIO 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 FARJAS BRITO, nº 928,
complemento POMEIRÃO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGINALDO DE SOUZA RODRIGUES, cujo o condutor era
CICERO ROBERIO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA CG 150
Ano: 2006
Placa: UXI5322
Chassi: 9C2ECC081061R881342
Data do Acidente: 27-06-2018
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 21-08-18

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0529 / 3587-1857 - www.cartorioviana.com.br
Bel. Lúcia Maria do Figueiredo Viana - Titular

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

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Assessor Técnico Cavalcante
ESCREVENTE.

Ficha de Atendimento

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

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 156868 REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Responsável: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA CECI SOUZA RODRIGUES

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

Nasc: 11/09/1978 Idade: 39

Telefone: (88) 98835-4844 Celular: (88) 98835-4844

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

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

DR. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
CRM/PI/6468

Diretor Médico

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

~~Atesto que o segurado~~

portador da carteira profissional nº.

Série Necessita de 30 (trint)

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

De doença Mr. Hart em consultas

C. I. D. 582

BERYL 1802 IX

Hospital ou Ambulatório.

Jássio Muniz da Silva

~~Ortopedie: Virobiologie~~

Ass. Do Médico - CRM N°.

NOTA - Este atestado é válido para as férias financeiras 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.

NOTA - Este atestado é válido para as férias individuais previstas no Art. 86 da 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.



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Residuos de Santa Barbara

A. ontem

Drasup certifico em Diário Eletrônico.
Foi emitido o documento para os Contravincos
Cardeal da Mata Lisboa.

Dr. Ricardo S. Pindou da Silva
CREMESP-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: 2018/7USS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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

PROCEDIMENTOS

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

OBS.: Não informado

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

 código_barras



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Reynaldo de Souza Rodrigues

R

① Nisulio (100)

OK

019 0 12(12)

ESCOLA MUNICIPAL DE SÉRGIO
CRESPO DE SÁ E VASCONCELOS
Acre - CE 5002

040918

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Reginaldo da Silva Rodrigues

portador de carteira profissional nº.

Série _____ Necessita de 30 (trinta)

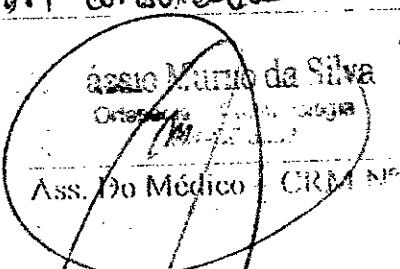
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo

De doença maior m consolada

C. I. D. 582

UFSC 1807 18

Hospital ou Ambulatório.



NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 66 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto nº. 60.591, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado
Keyvando de Sáro Rodrig
portador da carteira profissional nº.
Série Necessita de 15 (quinze) dias
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
De doença
C.I.D. 585

letter Dux 18

Hospital ou Ambulatório.

José Mario da Silva
CRM 100000
Ass. Do Médico CRM No.

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 63.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de 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)

*O paciente Reginaldo
de Souza Rodrigues sofreu
acidente de trânsito no dia
27/06/2019 que resultou
em fraturado toracôlo
esquerdido. Recebeu fixo-
amento (immobilizado com
gesso (60 dias). Apresenta
regulão motor (limita-
ção de 50% da movimenta-
ção toracôlo esquerdo). Re-
cebeu alta definitiva no dia
10/01/2019*

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

10/01/2019

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

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

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

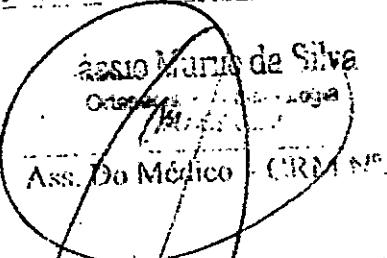
SERVICIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Reginaldo A. Souza Rodri
portador da carteira profissional nº.
Série _____ Necessita de 30 (Trinta)
Dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
De doença me faltam consultas
C. I. D. 502

180118
Hospital ou Ambulatório



NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 56 do RISMS.
Aprovado pelo Decreto nº. 59.501, de 14/07/67 e será expedido para justificativa
De 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ESTADO DO CEARÁ



Prefeitura de Juazeiro do Norte

SERVICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

ATESTADO MÉDICO.

Atesto que o segurado

Raimundo de Sales Rodrigues
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. 585

terça 04/03
Hospital ou Ambulatório.

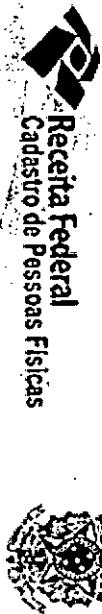
Ass. Mário da Silva
Cirurgião e Traumatologista
Ass. Do Médico - CRM Nº.

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

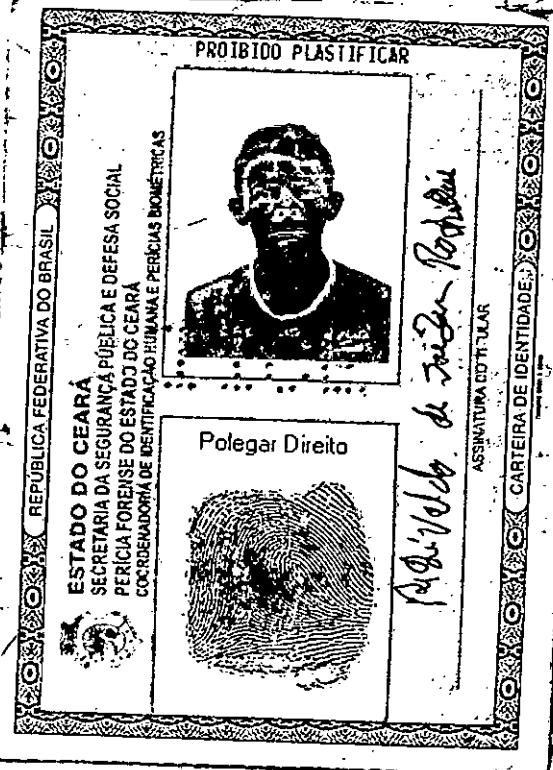
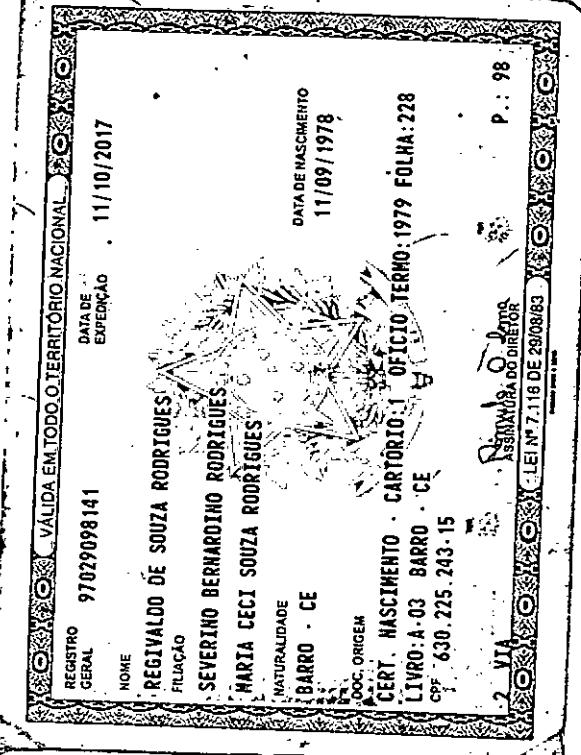
Número:
630.225.243-15

Nome

REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Nascimento
11/09/1978

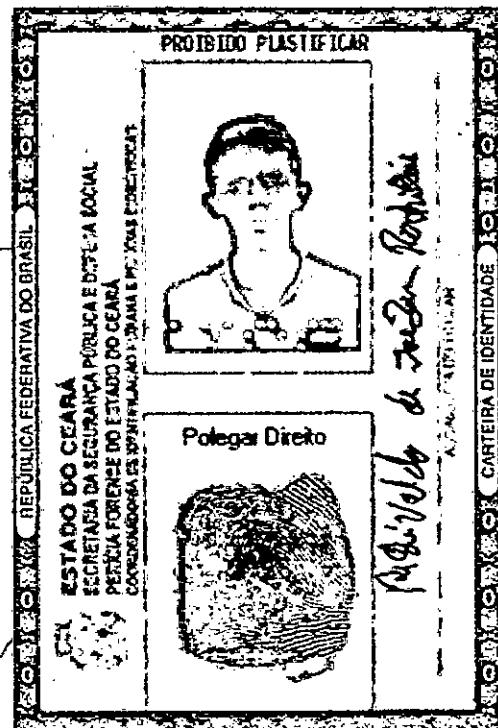
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Documentos de identificação



REGRAS DE USO: VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE EMISSÃO: 11/10/2017	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	CERT. NASCIMENTO	P.: 98
NOME: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES MILITAR		DATA DE NASCIMENTO: 11/09/1978	
NOME: SEVERINO BERNARDINO RODRIGUES NATURAL DA BMH BARRA - CE		CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1979 FOLHA: 228 LIVRO: A-03 BARRA - CE CPF: 630.226.243-15	
DOC. ORIGEM: 2. VIA		LEI N° 7.110 DE 20/06/1980	



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

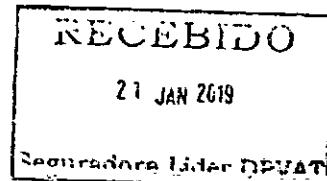
Aos Cuidados de: **REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES**

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 LIDER 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.

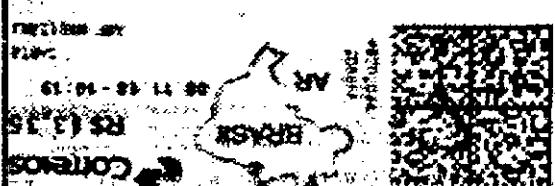
Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

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

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



10

Pedidos de Paraná L.S.
Em Recivaldo de São Roque
que A Segunda
Faz continua na mesma
Peso
DF e 550.
Pnº e 550.

Abri grande

Recivaldo de São Roque
3180199261
63022524315

Amazônia de von Ti ex
10/01/29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETAN - CE
CERTIFICADO

Nº 012674497850

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
YURIDI	8801260947	0000000000	2016

CPF / CNPJ	PLACA
25785260875	HX15322
PLACA ANT / UF	CHASSI
CE	962KC08166R881342

ESPECIE/ TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAT APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MFG
HONDA CG 150 TITAN		1991	1991
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 0CV / 149CC		ALUGUEL	COR PREDOMINANTE
		LARANJA	

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC / COTA	
I	***	**	**	1*	*****
P	***	**	**	2*	*****
V	FAIXA I PVA.		PARC LAMENTO / COTAS		3* ***
A	***	***	***	4*	***

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
286.751,91 11.711,00 292.461,91 22/02/2011

OBSERVAÇÕES	
*****	*****
*****	*****
*****	*****
..... LOCAL	DATA

CE N° 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	HX15322
RENAVAM		MARCA / MODELO
880126094		HONDA/CB 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\$)
4.15	1.11	292.01
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)		
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO
		22/02/2016

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Vítima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 630.225.243-15

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CICERO ROBERTO SOARES DA SILVA



DOCIDENTADE / ORG.EMISSOR UF
20151648020 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
257.852.608-75 24/08/1975

PAI
OSVALDO JULIAO DA
SILVA
MÃE
MARIA IZOLDA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CALMA AB

Nº REGISTRO
02195449380

VALIDADE
27/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
19/11/1996

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Cicero Roberto Soares da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO

01/12/2015

11857792660
CE150934432
COR. VASCO COELHO PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA REGOUEIRAS DE SOUZA RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE 27.06.2018 **CPF DA VÍTIMA** 630.225.243-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO REGOUEIRAS DE SOUZA RODRIGUES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PORTADOR **VÍTIMA** **REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM**

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAQUIM DA ROCHA

Nº 1098 **COMPLEMENTO** CASA **BAIRRO** JOAQUIM CABRAL

CIDADE JUIZEDO DO NORTE **UF** CE **CEP** 63051-040

E-MAIL TELEFONE (85) 988022742

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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 SIMPLES E LEGÍVEL)

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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 06.09.2018

IDENTIDADE 97029098142

NOME Assinatura

ASSINATURA Assinatura

Destinatário:

Seguradora Lider dos Correios do Seguro DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar.
Centro, CEP: 20031-205
Rio de Janeiro - RJ - Brasil



DH

Remetente:

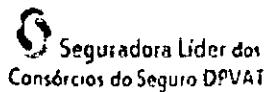
Regivaldo de Souza Rodrigues

Rua: Joaquim da Rocha, 1098, João Cabral

CEP: 63051-040

Juazeiro do Norte - Ceará - Brasil.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386844/18

Número do Sinistro: 3180499261

Vitima: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Data do acidente: 27/06/2018

CPF: 630.225.243-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGIVALDO DE SOUZA RODRIGUES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Uo de juntas - RJ
20031-205
Gnutto

Ua juntas
Sedex 15º Andar

DPVAT
Correios do Brasil

✓ Kuhfu



Maestria do Norte - CE

João Cabral 63051-040

Currais Novos da Rocinha 1098

Quintal da Juazeira Rodoviária

Centro

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

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

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

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: 00000094415-3

Nr. da Autenticação 23DD2148BA06D908