

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** RICARDO GOMES DE MENEZES  
**Nº Sinistro:** 3180247959  
**Vitima:** RICARDO GOMES DE MENEZES  
**Data do Acidente:** 07/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180247959**.

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, 08 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** RICARDO GOMES DE MENEZES

**Sinistro:** 3180247959

**Vítima:** RICARDO GOMES DE MENEZES

**Data do Acidente:** 07/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180247959** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de: RICARDO GOMES DE MENEZES**

**Nº Sinistro: 3180247959**  
**Vitima: RICARDO GOMES DE MENEZES**  
**Data do Acidente: 07/12/2017**  
**Cobertura: INVALIDEZ**  
**Procurador EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180247959**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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

062.792.033-01

Nome completo da vítima

RICARDO GOMES DE MENEZES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

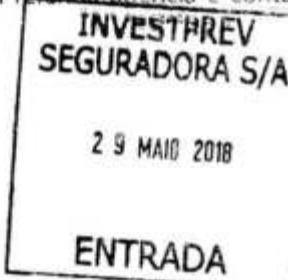
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
RICARDO GOMES DE MENEZES	062.792.033-01	PERUSO - SE
Endereço	Número	Complemento
TRAVESSA DELMIRO GOUVEIA	24	CASA
Bairro	Estado	CEP
SALESIANOS	CEARA	63050-063
Email	Telefone (DDD)	
		(88) 4581-2468

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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	SEM RENDA	ATE 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
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			BANCO Nome _____ _____ NIRE _____
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	D/V	AGÊNCIA Nº
3587	00007473	2	D/V
(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)
OP.013			(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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, 01 de MAIO de 2018

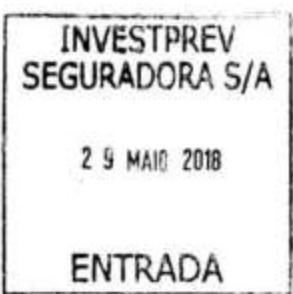
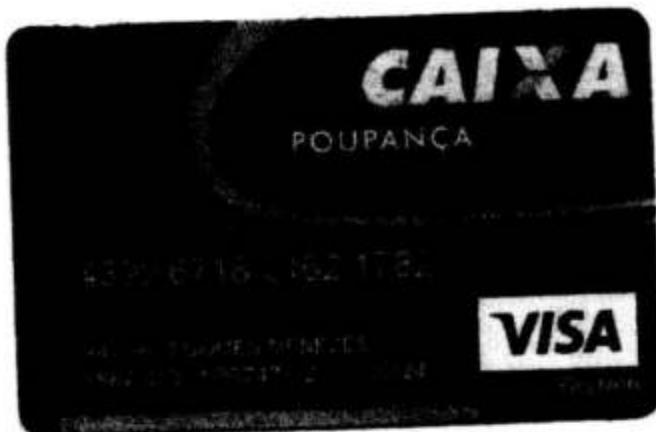
Local e Data

29 MAIO 2018

ENTRADA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**RICARDO GOMES DE MENEZES**

CPF da Vítima

**062.792.033-01**

Data do Acidente

**07-12-2017**

**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 Lider 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.

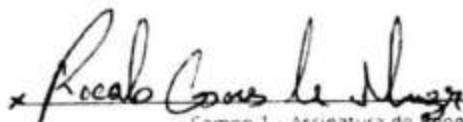
**INVESTPREV  
SEGURADORA S/A**

**29 MAIO 2018**

**ENTRADA**

**J. DO NORTE, 09 de MAIO de 2018**

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Esta é a segunda via de  
ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
8532361 BY 6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Descrição da Conta

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 519348186

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 01 013000 09 0399600  
Nome ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA  
Endereço Postal

Medidor

6065331

Poste

0000 0

End. da Unidade TR DELMIRO GOUVEIA 00024 SALESIANOS JUAZEIRO DO NORTE  
Consumidora 63050063

RG / CPF / CNPJ 525.983.733-91 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo incl.  Consumo Faturado

FP	44817	44648	1	169	0	169
----	-------	-------	---	-----	---	-----

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Proxim. Leitura

02/04/2018 | 02/05/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

76DD.SAED.2467.9141.EDBB.18A7.2C24.7AFF

**IRMS**

Base de Cálculo (R\$) 119,51	Aliquota 27%	Valor do Imposto 32,26
------------------------------	--------------	------------------------

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

**INDIC. DE CONFIABILIDADE DO FORNECIMENTO**

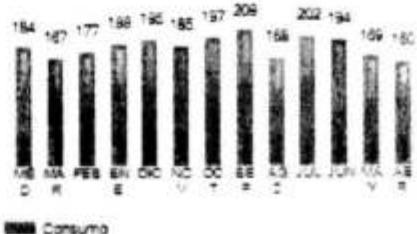
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEVEREIRO

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

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecologica(%CO<sub>2</sub>)

0 0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:  
Data de Emissão:

8532361-6 N° da Nota Fiscal: 519348186 Total a Pagar (R\$): 137,00  
04/04/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

83800000001-7 37000031000-0 00085323610-0 00084309275-0



INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA



Esta é a segunda via de  
**ABR/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**8532361** **6**

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **519348186**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 01 013000 09 0399600

Medidor

Poste

Nome ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

6065331

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade TR DELMIRO GOUVEIA 00024 SALESIANOS JUAZEIRO DO NORTE  
Consumidora 63050063

RG / CPF / CNPJ 525.983.733-91

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo incl.  Consumo Faturado

FP	44817	44648	1	169	0	169
----	-------	-------	---	-----	---	-----

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Proxim. Leitura
-------------------------------	--------------------------

02/04/2018

02/05/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

76DD.SAED.2467.9141.EDBB.18A7.2C24.7AFF

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
119,51	27%	32,26

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

**INDIC. DE CONFIABILIDADE DO FORNECIMENTO**

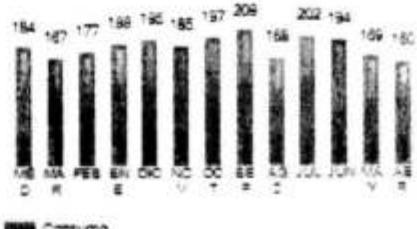
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEVEREIRO

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

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



■ Consumo

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:  
Data de Emissão:

**8532361-6** N° da Nota Fiscal: **519348186** Total a Pagar (R\$): **137,00**  
**04/04/2018** Referência: **ABR/2018** N° de Controle: **0008532361 00008 4309 2 90**

83800000001-7 37000031000-0 00085323610-0 00084309275-0



**INVESTPREV**  
**SEGURADORA S/A**

29 MAIO 2018

ENTRADA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RICARDO GOMES DE MENESES inscrito (a) no CPF sob o N° 062.792.033 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RICARDO GOMES DE MENESES, inscrito (a) no CPF sob o N° 062.792.033 / 01 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

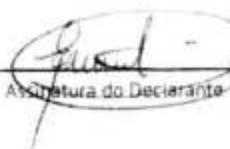
### \* Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 29º do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		09	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ROMEIRÃO	JUAZEIRO DO NORTE	CEARÁ	63.050-720
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
LORDNALDO@YAHOO.COM	(88) 3512-4870	(88) 988070712	

J. DO NORTE 09 de MARÇO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**INVESTPREV  
SEGURADORA S/A**

29 MAIO 2018

**ENTRADA**

**Ficha de Atendimento**

 Data: 08/12/2017  
 Hora: 00:25

 Data de Saída:  
 Hora de Saída

**Paciente**

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone: ) - Celular: (88) 99697-1517

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63.050-063 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE, MSE

**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

 DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE  
 POLITRAUMATIZADO

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

**Tratamento**

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA

 INVESTPREV  
 SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

 DR. Edilberto Macêdo  
 MEDICO

DIRETOR MEDICO

 JOAO EDVALDO DE SOUZA  
 CRM: 9544 / CE

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

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

**Ficha de Atendimento**

Data: 08/12/2017 Data de Saída:  
Hora: 00:25 Hora de Saída

**Paciente**

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone: (088) 3512-2373 Celular: (088) 99697-1517

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63 050-063 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE. MSE

**Antecedentes Médicos**

**Exame Físico**

DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE  
POLITRAUMATIZADO

**Exames Complementares**

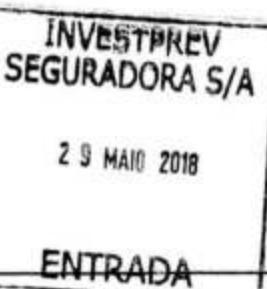
**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

**Tratamento**

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA



DR. Edilberto Macrício  
MÉDICO  
DIRETOR MÉDICO

JOAO EDVALDO DE SOUZA  
CRM: 9544 / CE

**Ficha de Atendimento**

 Data: 08/12/2017  
 Hora: 00:25

 Data de Saída:  
 Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone: (88) 99697-1517

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63 050-063 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE. MSE

**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE

POLITRAUMATIZADO

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

**Tratamento**

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA

INVESTIGAC

SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

 JOAO EDVALDO DE SOUZA  
 CRM: 9544 / CE

 DR. Edilberto Magalhães  
 MÉDICO  
 DIRETOR MÉDICO



INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

MINISTÉRIO DA DEFESA  
INSTITUTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
NACIONAL DE HABILITAÇÃO

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. CONTRATO / DOCUMENTO DE 99029071691	SERPDS	CE
CN 045.291.864-23		DATA NACIMENTO 26/09/1982
PAI: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS MÃE: MARIA APARECIDA DOS SANTOS		
PESO / ALTURA		ALTA
Nº REGISTRO 04012393505	VALIDADE 19/12/2021	1ª HABILITAÇÃO 16/12/2006
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO.		
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 27/12/2016
 Assinatura do Autoridade		16060501614 CK157089509

NÚMERO PLASTIFICADO  
1404686297

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN-CE		Nº 013547822377	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		VIA:		COD. PERNAMBUCO:		PERÍODO:	
JOSE		01 1134514346		000000000		2017	
RICARDO GOMES DE MENEZES		HOME:		PLACA:		DATA:	
JUAZEIRO DO NORTE/CE		CE		SC2JB010QHR510039		QUARTO:	
PAS / MOTOCICLO / NAO ELET.		CATEGORIA:		CÓDIGO:		PLACA:	
HONDA / POF 110I		CATEGORIA:		ANO AB:		PLACA:	
2P / 0CV / 109CC		PARTIC		ANO MTR:		PLACA:	
COTIA UNICA		CATEGORIA:		ANO MTR:		PLACA:	
P		COTIA UNICA		2017		PLACA:	
FAUCA (PVA)		CATEGORIA:		2017		PLACA:	
A		CATEGORIA:		2017		PLACA:	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDR (R\$)		PREÇO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
AL. FID. ADMIN DE CORR. NACIONAL HOND		00 (R\$)		00/00/0000			
A LTDA; R							
JUAZEIRO DO NORTE/CE							
LOCAÇÃO							
10/11/2017							

JUN-2017

29 MAIR 2018

## ENTRADA

# UNIÃO REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

## Checklist – Invalidade / DAMS

**VÍTIMA**  condutor  passageiro  pedestre  ciclista  carro  moto  caminhão  ônibus

Nome da vítima:	RICARDO GOMES DE MENEZES
CPF	062.792.033-01
Data de nascimento	06-09-1986
Data do fato	07-12-2017 23:30
Boletim de Ocorrência	OK
Declaração de Ausência de IML	OK
Comprovante do ato	OK
Relatório de Atendimento do Socorrista	OK
Declaração do Proprietário do Veículo	OK
Prontuário	OK
Documentos pessoais da vítima	OK
Dut	OK
Autorização de Pagamento	OK
Comprovante bancário	OK
Declaração de residência	OK
Comprovante de residência	OK

## PROCURADOR

Nome	EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CNPJ/CPF	045.291.864-23
Contrato Social / Certidão Simplificada	
Procuração particular	OK
Circular SUSEP	OK
Declaração e Comprovante de endereço	OK
Doc. De identificação do responsável	OK

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A  
29 MAIO 2018  
ENTRADA

## Observações


# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180247959      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO GOMES DE MENEZES      **Data do acidente:** 07/12/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 08/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA

## DANOS

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

## PRESTADOR

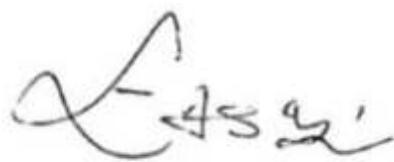
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180247959      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO GOMES DE MENEZES      **Data do acidente:** 07/12/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

**Descrição do exame** AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 19/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Thiago Caldas Leal

**CRM do médico:** 10498

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

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

## PRESTADOR

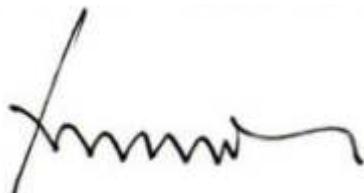
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 9004550869

Estado Civil: SOLTEIRO

CPF: 068.799.033-01

Profissão: MECANICO

Endereço: TR. DELMIRO GOMES, 24, JUAZEIRO DO NORTE-CE

CEP: 63.050-063

Telefone: (88) 3.8884-8378

### OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: 99029071681

CPF/CNPJ: 045.291.864-23

Profissão: CORRETOR

Endereço: R. BEATA M<sup>a</sup> DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE

CEP: 63.050-720

Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT. Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Ricardo Gomes de Menezes

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 27/03/2018

Local e data

5º OFÍCIO

Ricardo Gomes de Menezes

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Rua do Chácaras, 432 - Centro - Juazeiro do Norte - Ceará - CEP: 612.520 - Fone: (88) 3512-4226 - 3512-5208

CARLOS THADDEU DE GUERINHO RODRIGUES - Presidente - ADONÍAS DE JESUS PINTO DE SOUZA - Vice-Presidente - MARCILIO DE GUERINHO RODRIGUES - Juiz

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: RICARDO GOMES DE MENEZES, CONFERIDO ( ) - DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 27/03/2018

FRANÇOISE GOMES DE LIMA

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

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

---

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

Número do Sinistro: **3180247959**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO GOMES DE MENEZES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Travessa Delmiro Gouveia, 24, CASA - Salesianos - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63050-063**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SS /CE** ] **20075501869**

Data e local do acidente: [ **07/12/2017** ] **JUAZEIRO DO NORTE, CE**

Data e local do exame: [ **19/06/2018** ] **Juazeiro do Norte [ CE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO PUNHO ESQUERDO**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA**

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

**AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ] Sim [ **X** ] Não

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

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Thiago Caldas Leal - CRM: 10498 - CE