

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

Carta nº 12903502



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** 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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

062.792.033-01

RICARDO GOMES DE MENEZES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RICARDO GOMES DE MENEZES		CPF titular da conta 062.792.033-01	Profissão PELADOU-SE
Endereço TRAVESSA DELMIRO GOUVEIA		Numero 24	Complemento CASA
Bairro SALESIANOS	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARA	CEP 63050-063
Email			Telefone (DDD) (85) 458324688

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, copia 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"/> ATE R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D-V: _____ CONTA NRO: _____ D-V: _____	
AGÊNCIA (R/C) 3587 D-V: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: 00007473 D-V: 2 (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.

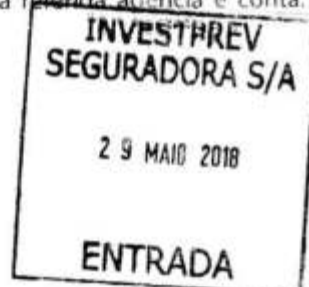
J. DO NORTE, 09 de MAIO de 2018

Local e Data



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

062.742.033-01

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 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 09 de MAIO de 2018
Local e Data

Ricardo Gomes de Menezes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

29 MAIO 2018

ENTRADA



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

Esta é a segunda via de

ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
8532361 Div 6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

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

Quantidade ● Tarifa ● Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

02/04/2018

Prev. Próxima
Leitura

02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.5AED.2467.9141.E0B8.18A7.2C24.7AFF

IMPOSTOS

Base de Cálculo (R\$)

119,51

Alíquota

27%

Valor do Imposto

32,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

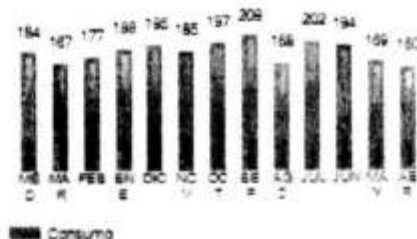
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEV/ 2018

	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

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense 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:

8532361-6

Nº da Nota Fiscal: 519348186

Total a Pagar (R\$): 137,00

Data de Emissão:

04/04/2018

Referência: ABR/2018

Nº de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

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

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA



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

Esta é a segunda via de

ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
8532361 Div 6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

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

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

02/04/2018

Prev. Próxima
Leitura

02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.5AED.2467.9141.E0B8.18A7.2C24.7AFF

IMPOSTOS

Base de Cálculo (R\$)

119,51

Alíquota

27%

Valor do Imposto

32,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

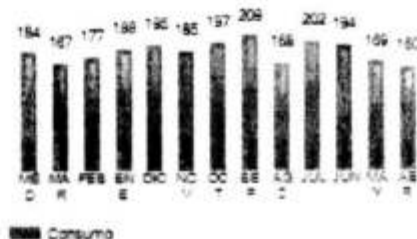
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEV/ 2018

	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

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense 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:

8532361-6

Nº da Nota Fiscal: 519348186

Total a Pagar (R\$): 137,00

Data de Emissão:

04/04/2018

Referência: ABR/2018

Nº 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

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 Nº 062.792.033 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima
RICARDO GOMES DE MENESES inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

J. do Norte 09 de MAIO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

**UPA 24h Limoeiro**

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

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

288518**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 DOCEP: 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:

Queixas do Paciente

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

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

DOR AO EXA 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

JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Macêdo
MÉDICO
Diretor Médico

**UPA 24h Limoeiro**

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

288518

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

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 NORTE CEP: 63.050-063 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

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

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

DOR AO EXAME FÍSICO 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

JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Maciel
MÉDICO
Diretor Clínico

**UPA 24h Limoeiro**

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

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

288518**Ficha de Atendimento**

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

Data de Saida:
Hora de Saida:

Paciente

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone: - Celular: (88) 99697-1517

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

Documento

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo 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

JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Macêdo
MEDICO
UPA 24h

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC IDENTIFIC / ORG. EMISSOR DE
99029071691 SSPDS CE

CPF 045.291.864-23 DATA NASCIMENTO 26/09/1982

RELAÇÃO
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO [] ACC [] CATEG []
[] [] AB

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

16060501614
CE157089509

1404686297

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

SECUNDO OBRIGATORIO DE DANOS-RESCIS, CAUSA 105, A VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIAGEM PRESTRE JOU POR SUREC. RGA 4 PESSOAS

29 MAY 2018

ENTRADA

CENº 013547822377 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2017

www.seguradoraldor.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01	06279203301	CPF / CPE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
			2017	10/11/2017
1134614346	HONDA/POP 110T	AMPLICA/MODELO	PNN:6609	PLACA
ANO FABR 2017	09	Nº CHASSI 9C2JB0100HR518839		

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAXA DESP.	DENOMINAR (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	LIC. (R\$)	TOTAL A SER PAG. (SEGURO+DES.)
X COTA UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO
		DATA DE AUTUAÇÃO
		00/00/0000

PROPRIETARIO
SEGURADORA LIDORALDPVAT
LOTE/DOSIMIO: JBOIE0HS18845
MOTOR: JBOIE0HS18845

JUN-2017

JUN-2017

UNIÃO REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

Checklist – Invalidez / DAMS

VÍTIMA

☒ condutor () passageiro () pedestre () ciclista

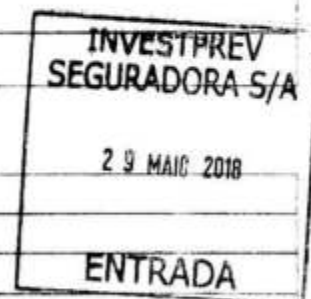
() carro (☒) moto () caminhão () ônibus

Nome da vítima:	RICARDO GOMES DE MENEZES
CPF	062.792.033-01
Data de nascimento	06-09-1996
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	
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

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 PERMITI 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 médico pericial: AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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: 9045501869
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 069.799.033-01
Profissão: MECANICO
Endereço: TR. DELMIRO GOUVEIA, 24, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-063
Telefone: (88) 9.8884-8378

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª 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

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

CARTÓRIO PADRE CICERO - 5º OFÍCIO

Rua do Comércio 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP 63010-000 - Fone: (88) 3512-5225 / 3512-5248

Carla Thais de Oliveira Rocha - Títulos - SÔNIA DE OLIVEIRA FERREIRA COSTA / SÔNIA DE OLIVEIRA FERREIRA COSTA - Juazeiro do Norte

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: RICARDO GOMES DE MENEZES, CONFISSO (), DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 28/04/2018.

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?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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

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

Região Corporal (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.



Dr. Thiago Caldas Leal
CRM: 10498 - CE

Thiago Caldas Leal - CRM: 10498 - CE