

**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: 3180543084

Nome do(a) Examinado(a): TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA VERA CRUZ 187, PIRAMBU

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 07008005309, DETRAN-CE

Data e local do acidente: 20/05/2018, FORTALEZA, CE

Data e local do exame: 10/12/2018 , FORTALEZA , CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico, fratura complexo zigomático, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

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

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que após a realização dos tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo zigomático, o periciado apresentou melhora do seu quadro inicial. Resta apurada a existência de sequela permanente na estrutura craniofacial, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

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

[X] 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:

Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais.

**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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Estrutura craniofacial - LEVE - 25%

% 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.


Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @&SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico, fratura complexo zigomático, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo cranioencefálico, fratura complexo zigomático, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz, conforme exame de Documentos de pronto atendimento de 20/05/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo zigomático. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo da função mastigatória e do campo visual. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais, com prejuízo da função mastigatória e de campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Antônio Júlio Romero Quintanilha

CRM do médico: 5019

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO
NASCIMENTO

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO : 053.886.483-46

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: 19/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANDERSON RODRIGUES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180543084**

Vítima: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANDERSON RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543084**.

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 13611258



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON RODRIGUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13618373



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180543084
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDERSON RODRIGUES

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 3180543084** 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

Carta nº 13675727



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 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: 053.886.483-46 Nome completo da vítima: Trigo Soares do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Trigo Soares do Nascimento</u>		CPF titular da conta <u>053.886.483-46</u>	Profissão <u>Recusou-se</u>
Endereço <u>Rua Vera Cruz</u>		Número <u>187</u>	Complemento
Bairro <u>Pirambu</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>60311-260</u>
Email			Telefone (DDD) <u>85</u> <u>98537-6041</u>

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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>0920</u> D/V <u>9</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <u>44535</u> D/V <u>9</u> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

Fortaleza, 19 de Outubro de 2018
Local e Data

Trigo Soares do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018126132

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4302 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/10/2018 09:57:21**
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2018 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**
Complemento:
Bairro: **CRISTO REDENTOR** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **28/07/1992** CPF: **053.886.483-46** UF: **CE**
CNH: **07008005309** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO**
Endereço: **RUA VERA CRUZ, 187**
Bairro: **PIRAMBU** CEP: **60.311-260**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98956-1955**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OZA5118** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1670FR525625 Renavam: **1063772319** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **FRANCISCO ROBEVAGNER NASCIMENTO LEAO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OZA-5118-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Tiago Soares do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 03/10/2018 10:07:51

COMPANHIA DE SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 22 OUT 2018

Nome:

Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/10/2018 10:07:51

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

Tiago Soares do Nascimento

CPF da Vítima

053.886.483-46

Data do Acidente

20.05.2018

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.

Fortaleza, 19 de Outubro de 2018

Local e Data

Tiago Soares do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00920

CONTA: 000000044535-9

Nr. da Autenticação 13DAF8C04AE5A8B6



DECLARAÇÃO

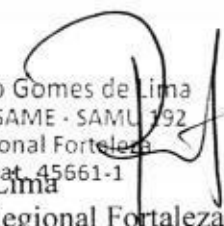
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Tiago Soares do Nascimento** - C.P.F. **053.886.483-46**, no dia **20/05/2018**, às **16h11min**, na **Rua Nossa Senhora das Graças**, no **Bairro Cristo Redentor**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

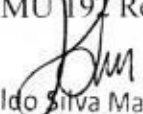
Documento requerido por meio do Processo nº **P346879/2018**.

Fortaleza, 13 de setembro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1
Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1



P-346879/18



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI 96 PONTO DE APOIO: HMF Nº DA OCORRÊNCIA: 01798
DATA: 20/05/18 TURNO: MT EQUIPE: Odalene e Soares
NOME: THIAGO SOARES DO NASCIMENTO IDADE: 24 SEXO: M
ENDEREÇO: Mina Senharia dos Anjos 1192
REFERÊNCIA: Leite - ante, Flávio Marcilio BAIRRO: Cristo Redentor
QTY: 16:04 QUS: 16:11 QUR: 16:30 QUY: 16:50 QUU: 17:30
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Cedua. moloxingo

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO
☐ RESPONSIVO
☒ NÃO RESPONSIVO
EXPANSÃO TORÁCICA
☒ PRESENTE
☐ AUSENTE
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ PRESENTE
☐ AUSENTE
A ☒ PÉRVAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

B **PADRÃO RESPIRATÓRIO**
☐ EUPNEICO
☒ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE
INSPEÇÃO
☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____
PALPAÇÃO/PERCUSSÃO
☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____
AUSCULTA
☐ NORMAL
☒ ALTERADA: _____

C **PULSO**
☐ NORMOCÁRDICO
☒ TAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
☐ CHEIO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL
PELE
☐ CORADA
☒ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA
☒ SUDOREICA
☐ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA
ENCHIMENTO CAPILAR
☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg
SANGRAMENTO EXTERNO
☒ SIM
☐ NÃO

D **ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)**
ABERTURA OCULAR
ESPONTÂNEA ☐ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☒ 2
NENHUMA ☐ 1
RESPOSTA VERBAL
ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5
CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☒ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1
RESPOSTA MOTORA
OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1
TOTAL: 9
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☒ ALTERADAS:

E **ADULTO**

LESÕES
TCG MODERADO + HEMATO
ME PERIORBITAL DA DIREITA
QTM Dr. Elisabeth
PEDIÁTRICO

SAMPLA
FC: 104 PA: x FR: — GLIC.: — OXIM.: 94 TEMP: 36.4
HEMATÓCITOS E NO DESLOCAMENTO
ALCOÓLICAS
USUÁRIO DE BEMIAS

COMPREV SEGUROS
PREVIDÊNCIA
RPA
RCV: 22 OUT 2018
Nome: _____
Assinatura: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente, sofreu colisão moto x moto, não portava capacete, encostou-se / rebatimento do motor. CCA 9 / Chumbeiro, 500ml de Ringer. Apresenta hemorragia interna durante o deslocamento, estabilizado e deixado no hospital do IDF.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: IDP CENTRO

☒ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO

→

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

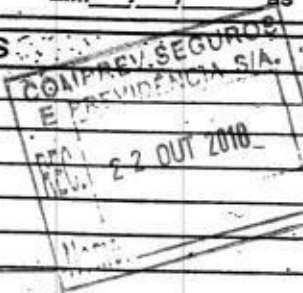
ESPOSA

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:



LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



Nº de Inscrição:

001345974

DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE CAVALCANTE DE OLIVEIRA SOUSA

End. Leitura: RU UERÁ CRUZ, 187, PIRAMBU

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60311-260

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 038

Quadro: 0120

Lote: 0176

CEP: 0000

Subsetor: 00

Subdivisão: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A11F312831	768	777	9	8

DATAS

Leitura Atual: 17/08/2018

Emissão: 17/08/2018

Leitura Água: 3248227

Leitura Anterior: 17/07/2018

Próxima Leitura: 17/09/2018

Leitura Esgoto: 234834

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigida	533	533	126	533	533
Analisadas	567	567	565	564	564
Em conformidade	561	560	541	550	564

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Constatamos débito de R\$ 69,62. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		mes/ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	Jun/18	7	5
ESGOTO	19,52	Jul/18	6	4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,42	Descrição	
COFINS	2,09	VALOR DO SERVIÇO	68,30
		VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,92

MÊS/ANO
08/2018VENCIMENTO
06/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
43,92

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356615074556569 L: 0254 H: 09:20:02 R: 158 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
Mecubim

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 154. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 275 0195. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 0195.

Consumidor.gov.br
E ou: E Rec. Participe

155
GOV.br



Nº DO CLIENTE

8362023

Para apitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 25 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vieira, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 05.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 5-4 | Nº
Rota 05 01210 23 055300 - 7
Nome ANDERSON RODRIGUES
End. Postal RU ITAREMA 00738
CASTELAO - FORTALEZA - 60743600

540573325

Data de Emissão 10/09/2018

Medidor 5246806 Poste 0002 5335
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 095926547-35 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 10/09/2018
Data de Apresentação 09/10/2018
Previsão Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto DÍG 77,200

Mês Jul/2018

ELSD 70,85

DICRI = 0,00 P

Padrão Individual

Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 216,45
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 58,44

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
EFD-RE2D.715D.254C.82F2.00C9.6E1E.37F6

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 10082	9080	1,00	282	0,00	282	0,76750	216,45
10/09/18	08/08/18		33 DIAS		282		216,45

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES
QUOTA PARCELAMENTO 1/2
MULTA MORATORIA REF 06/2018
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
TAXA DE RELIGACAO DE URGENCIA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 19,94)

VALOR (R\$)

216,45

186,15

5,39

31,05

38,25

VENCIMENTO 20/09/2018

TOTAL PAGAR (R\$)

477,29

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	63,64
Transmissão	8,52
Distribuição	47,25
Encargos Setoriais	12,77
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	63,47
TOTAL	216,45

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

RED	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out
397	282	255	296	365	307	339	326	403	566	502	489	553

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 10/09/18

Compensado 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chave as luzes e apague a energia ao sair da residência, por favor.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 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**.

¹ 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 ANDERSON RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 095.926.847, 35 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago Soares do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.886.486, 46 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Tiago Soares do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.886.486, 46, 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		Número	Complemento
RUA ITAREMA		738	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CASTELÃO	FORTALEZA	CEARA	60743630
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(85) 985376041

FORTALEZA, 19 de Outubro de 2018
Local e Data

Anderson Rodrigues
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO ROBEWAGNER NASCIMENTO LEAO,

RG nº 2003010202302, data de expedição 15/03/2004

Órgão SSPOC, portador do CPF nº 076 100 443 30, com

domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SANTA ELIZA, nº 930,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Tiago Soares do Nascimento cujo o condutor era

Tiago Soares do Nascimento.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 START

Ano: 2015

Placa: 02A 6118

Chassi: 9C2KC1670FR525625

Data do Acidente: 20/05/2018

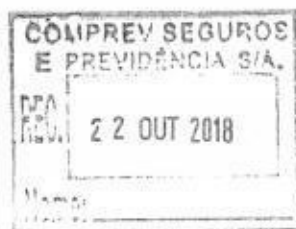
Local e Data: Fortaleza 19, 10, 2018

4ª ZONA

Francisco Robewagner N. Leao

Assinatura do Declarante

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



Clinica
Divina Luz
Consultas Médicas
Dr. Amancio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

ATESTADO MÉDICO

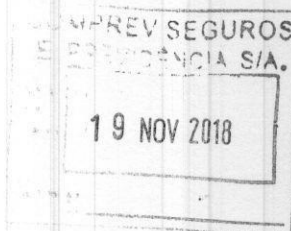
ATESTO, PARA OS DE-
VULSOS FINS, QUE O SR. TIAGO
SOARES DO NASCIMENTO

RG-2002010444838-SSP-CE; SECON-
DO A ANAMNESE E DOCUMENTOS
MÉDICOS, SOFREU TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO E FACIAL, COM
FRATURA FRONTAL, FRATURA ORBITO-
ZIGOMÁTICO E OSSOS POROSOS DO
TÍPULO, COM HEMATOMA EXTRA-
DURAL TRANSITÓRIO. ATUALMENTE
APRESENTA ASSIMETRIA FACIAL,
PARALISIA OCULAR DIREITA EXTERNA
COM DEPRIMAÇÃO. ~~FAMOS AVALIAR~~
DIAGNÓSTICOS - CID-10 =
S06.9 + S02.7 + H53.2 + G52.0.

Rua Dr. João Moreira, 327 - Centro (Ao lado da Santa Casa)
Fone: (85) 3454.1449 / 3458.1592 / 3045.1593

16/11/2018.

Dr. Amancio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista



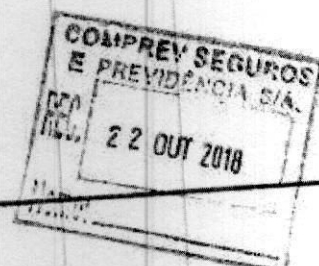


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE
HOSPITALAR
Emitido em: 11/09/2018 14:23:36
Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS	700001128399304	NOME	TIAGO SOARES DO NASCIMENTO				Registro	5238650	
RG	2008010444838	D. NASC	28/07/1992	ESTADO CIVIL			SEXO	M	RACIA/COR
NOME DA MÃE		MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO		NOME DO PAI	N.O.		Nº	64	BARRIO
TIPO DE LOGRADOURO		Rua	ENDERECO DO PACIENTE	MUNICIPIO		FORTALEZA	UF	CE	CEP
COMPLEMENTO		TELEFONE		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		TELEFONE			
PARENTESCO		ESPOSA		ACIDENTE DE TRABALHO		CÓDIGO DO CNAE			
TIPO DE VÍNCULO		CBO DO EMPREGADO		CNPJ DO EMPREGADOR		CÓDIGO DO CNAE			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas.									
QUEIXAS: Víctima de colisão moto x moto com história de hematemese. Apresenta febrilidade de 38,5°C. Sat: 94% em ar ambiente.									
OBSERVAÇÕES									
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Área Pública		SINAIS VITAIS		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO		LARANJA	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO		Enfermagem		Forte					
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Diagnóstico:									
11/09/2018									
Eduardo Moreira									
Fórmula:									
TIPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA							





**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5238650

NOME: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1992

PAI:N.C

MÃE: MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO: 20/05/2018

DATA SAÍDA: 29/06/2018

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 20/05/2018, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TCE. (GLASGOW 12); FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO, FRATURA FRONTAL, LE FORT II E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

ADMITIDO COM HEMATOMA PERIORBITAL DIREITO, GLASGOW 12, SONOLENTO, ORIENTADO.

TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO LAMINAR E MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE.

SEGUIU ESTÁVEL NA EMERGÊNCIA E TC DE CRÂNIO 04 DIAS PÓS-TRAUMA EVIDENCIOU PNEUMOENCEFALO.

EM 28/06/2018, FOI SUBMETIDO À OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR. OPERADO POR DR. JOSÉ MARIA.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 29/06/2018

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 31/07/2018 (JOAQUIM/C).



Joaquim José

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

IJF- INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA


Rua Barão do Rio Branco 1816 centro Fortaleza-Ce
CEP: 60025-061; PABX: (85) 3255-5000.

Fortaleza, 08 de junho de 2018

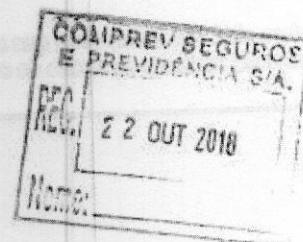
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado, 25 anos, com história de queda de moto no dia 20/05/2018. TC de Crânio evidenciou TCE + Fraturas de ossos da face. Devido quadro atual foi optado por conduta conservadora, porém aguarda procedimento cirúrgico da Buco-maxilo-facial devendo permanecer aos cuidados da referida especialidade, com tempo indeterminado de permanência. Portanto, o paciente não possui capacidade de desempenhar suas obrigações laborais no momento.


MARCELL ALVES MACÊDO
MÉDICO- RESIDENTE-NEUROCIRURGIA
CRM-CE 14062

Marcell Alves Macêdo
Neurocirurgia - NE
CRM-CE 14062



Dados da reclamação

Protocolo: 2293965/2018
Reclamada: COMPREV SEGURADORA S.A.

Via: Internet
Data: 24/11/2018

Dados do reclamante

Segurado: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 053.886.483-46
UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: arpendencia@outlook.com
Telefone: (85) 3231-3563
Endereço: RUA VERA CRUZ N 187
CEP: 60.311-260

Celular: (85) 98537-6041
Bairro: PIRAMBU
Cidade: FORTALEZA

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição dos fatos: Eu, TIAGO SOARES DO NASCIMENTO, com muita revolta insatisfação que venho através desta reclamação, relatar a minha indignação por parte da SEGURADORA COMPREV PREVIDÊNCIA S/A- FILIAL FORTALEZA CE e SEGURADORA LÍDER, cuja a falta de respeito para com o próximo, é público e notória. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/543084, onde foi enviado toda a documentação exigida pela Seguradora LÍDER e em conformidade com a lei que regulamenta o Seguro Dpvt, acontece que a mesma está com cobranças abusivas de documentos médicos hospitalares, mesmo com toda documentação enviada, a SEGURADORA LÍDER continua com a exigência abusiva, Sendo importante informar que a referida SEGURADORA fechou um acordo com MINISTÉRIO PUBLICO FEDERAL, de não pendenciar processos com essa exigência, pois os médicos tem uma normativa de não fornecer relatório que apontem sequelas permanentes para fins secundários com base no Conselho Nacional de Medicina, pois esta competência é restrita ao médico perito responsável!! Portanto essa exigência viola o que foi determinado entre o MINISTÉRIO PUBLICO FEDERAL e a SEGURADORA LÍDER através do T.A.C N 01/2012, Inquérito Civil nº 1.34.008.000022/2011-27 MPF! É revoltante na qualidade de segurado, em que me encontro com sequelas devido este acidente, como: TIVE TC de Crânio evidenciou TCE + fratura os ossos da fase, fratura do maxilar lado direito, fratura frontal do nariz, onde foi feito cirurgia conforme documentação enviada para seguradora, tive perna da visão e outros problemas, como perda de olfato e paladar. A seguradora pratica esta irregularidade de forma reiterada, descumprindo o prazo de 30 dias para todo tramite e liquidação, sendo que dependo do SUS e a unidade pública que obtive atendimento se recusa dar os formulário exigido pela seguradora, está comprovado tamanha falta de respeito com o cidadão e ao MINISTÉRIO PUBLICO FEDERAL, o que deverá ser apurado, pois está claro que a intenção protelatória é de marcar a perícia e consequente mente não efetuarem o pagamento, o que tem que ser investigado para demais vítimas, para não serem prejudicadas, conforme várias denúncias de vítimas no site RECLAMA AQUI, MEU PROCESSO já havia sido negado uma vez. FIZ UM RECADASTRAMENTO, O QUE NÃO OBTIVE RESULTADO. SOLICITO o agendamento da perícia médica, para o devido pagamento. Me coloca à disposição para eventuais esclarecimentos. Caso não seja atendido a solicitação irei acionar outros órgãos competentes para apurarem o que está acontecendo de fato.

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3180543084

Encaminhamentos

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO



Atendente

Data

24/11/2018 00:30:07



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2008010444838 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
053.886.483-46 28/07/1992

RESIDÊNCIA
MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAC/ABE
PERMISSÃO A

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO
07008005309 22/02/2019 22/02/2018

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Tiago Soares do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 23/02/2018

1008 VASCONCELOS PONTES
ASSINATURA DO EMISSOR 08410108185
CE161871321

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633165472

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633165472

COLIPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. REC. 22 OUT 2018
Nome:



INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1233117858



PROIBIDO PLASTIFICAR

1233117858

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

NOME
ANDERSON RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
6580463 MT CE

CPF DATA NASCIMENTO
095.926.547-35 16/10/1980

FILIAÇÃO
JOSE FRANCISCO
RODRIGUES
MARILZA PEITUDO
RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO
04438217220

VALIDADE
16/05/2018

1º HABILITAÇÃO
25/08/2008

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



Anderson Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/12/2015

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

64023196618
CE151276129

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PPT 01 1063772 29 000000000 2017

FRANCISCO ROBEVZANEK NASCIMENTO
LEAO*****
FORTALEZA

02610044330 /CE

PAS/MOTOCICLO /100-APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG150-S-2015

2P/OCV/149CC

1 P ***** ** ***/**/*% 1%
V FAIXA LVPA PARCELAMENTO / COTAS 2%
A ***** ***/**/*% 3%

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 09/02/2018

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL DATA 23/02/2018

Assinatura: Igor Pontes Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013870698232 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02610044330 0ZA5118/CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204
013870698232 18875568205

VA 01 02610044330 0ZA5118

RENAVAM 1063772319 HONDA/CG150 START

ANO FAB 2015 FART 9C2KC1670FR525625

PREMIO TARIFARIO
FAS (R\$) 81.29 DE VATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL SEMPRE PREVIDENCIA (R\$) 185.50

DATA DE OUTRAGAO 09/02/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: K014E7F525625 000062

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

013870698232
RECIBO CE Nº

CONTRAN
CONPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

22 OUT 2018

Nome:

ASSINATURA



000062

0ZA5118

COD RENAVAM

1063772319
171183 00062

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO : 053.886.483-46

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: 19/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Número do Sinistro: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @&SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico, fratura complexo zigomático, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo cranioencefálico, fratura complexo zigomático, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz, conforme exame de Documentos de pronto atendimento de 20/05/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo zigomático. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo da função mastigatória e do campo visual. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais, com prejuízo da função mastigatória e de campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Antônio Júlio Romero Quintanilha

CRM do médico: 5019

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Tiago Soares do Nascimento brasileiro (a), estado civil: Casado
Profissão: Estatuista, Portador(a) do RG 07008005309, órgão expedidor DETRAN
e do CPF: 053.886.483/6, residente no(a) RUA VERA CRUZ
nº 197, bairro: PIRAMBU, município: FORTALEZA / CE.

OUTORGADO:

Nome: **ANDERSON RODRIGUES** brasileiro (a), estado civil: **CASADO**
Profissão: **AUTONOMO** Portador (a) do RG **6580463** órgão expedidor: **DETRAN/CE**
e do CPF: **095.926.547-35** residente no(a) **RUA ITAREMA**
nº **738** bairro: **CASTELÃO** município: **FORTALEZA/CE**.

PODERES: 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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

Vítima Tiago Soares do Nascimento

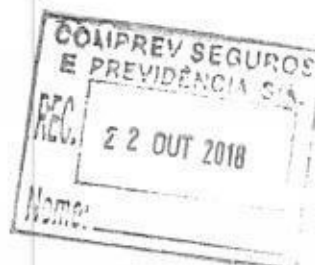
Local e Data: Fortaleza 03/10/2018

Tiago Soares do Nascimento

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA 3ª ZONA - ESTADO DO CEARÁ
Vitor Storck de Moraes - Oficial
Rua do Centro e Silva, nº. 101 - Centro - Fortaleza - Ceará - CEP: 60.030-010 - Tel. (85) 4233-4178 - cartonomoraes@gmail.com
Nº (1238415510762) 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de :
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO ==
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
FORTALEZA, 3 de outubro de 2018 (10:33:56). Em testemunho da verdade.
TÂNIA MARIA AGOSTINHO DA SILVA (Escrivente)
Total: R\$ 6,92. FUNC: joaovictor



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Número do Sinistro: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA