

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190123563**

**Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS**

**Data do Acidente: 23/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190123563**

**Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS**

**Data do Acidente: 23/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS**

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

Documentação médica-hospitalar

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

**Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190123563**      **Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS**

**Data do Acidente: 23/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: FRANCISCO JOSE MATIAS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000122-8**

**Conta: 0000041888-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	FRANCISCO JOSE MATIAS			CPF:	634532233-49
Profissão:	ELÉTRICISTA	Endereço:	RUA GENEROSA MARIA DE JESUS	Número:	64
Bairro:	FREI DAMIÃO	Cidade:	PENAFORTE	Estado:	CE
E-mail:	MATIAS.FJ6@GMAIL.COM			CEP:	63280.000
				Tel.(DDD):	(85) 98886-9748

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 001

AGÊNCIA:  CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 122 CONTA: 41888 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprссão  
e/ou  
nome  
do  
beneficiário  
não  
alfabetizado

Local e Data, PENAFORTE - CE, 17/01/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Impresso nº 2018295070

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2950 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 15:49:33**  
Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 04:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **BR PRÓXIMO DA ENTRADA DO CALDAS**  
Complemento:  
Bairro: **CALDAS** Município: **BARBALHA/CE**  
Ponto de Referência: **DESCIDA DA SERRA JARDIM-BARBALHA**

*Noticiante(s)*

Nome: **FRANCISCO JOSÉ MATIAS**  
Nascimento: **27/04/1979** CPF: **634.532.233-49**  
RG: **97029103498** Orgão Emissor: **SSP/CE** UF:  
Filiação: **MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL**  
**JOSÉ MATIAS NETO**  
Endereço: **SITIO BAIXIO DAS BESTAS**  
Bairro: **NORTE** CEP: **63.280-000**  
Município: **PENAFORTE/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98886-9748**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **EOS2657** Uf: **CE** Município: **PENAFORTE** Chassi:  
**9C2KC1550AR175980** Renavam: **233669086** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano:  
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

*Histórico*

Afirma a noticiante advertida nas penalidades dos arts 340 e 342 do CP que sofreu acidente de trânsito no dia e local mencionados; que estava A caminho do Hospital Regional do Cariri, onde desenvolve a atividade de eletricista, quando no meio do caminho veio a derrapar no chão; que era madrugada, estava escuro no local, com pouca neblina, quando perdeu o controle do veículo, vindo a cair no chão; que o veículo PLACA EOS 2657 é de sua propriedade, mas encontra-se em nome de sua genitora MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL; que de imediato tentou pedir ajuda aos populares que transitavam no local, porém por ser madrugada ninguém o socorreu; que o noticiante subiu na própria motocicleta e mesmo ferido foi até a casa de sua irmã MARIA LUCILENE MATIAS; que seu cunhado LINDOALDO SILVA CARVALHO o socorreu para o Hospital Regional do Cariri onde obteve primeiro atendimento hospitalar; que em consequência do acidente mencionado sofreu fratura na clavícula esquerda; que possui CNH; que estava indo para os serviço e não encontrava-se embriagado; que testemunharam os fatos sua irmã MARIA DE LOURDES BRINGEL AVENIDA 17 DE AGOSTO, N° 667, BARBALHA-CE E RAFAEL PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA MELQUIADES DA COSTA VELOSO, N° 34, ALTO DA ALEGRIA, BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 2018295070

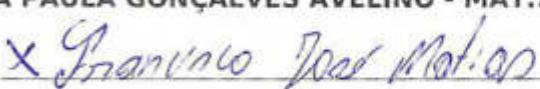
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 2950 / 2018

SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

 JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

**FRANCISCO JOSE MATIAS**

CPF:

**634532233-49**

Profissão:

**ELETRICISTA**

Endereço:

**RUA GENEROSA MARIA DE JESUS**

Número:

**64**

Bairro:

**FREI DAMIÃO**

Cidade:

**PENAFORTE**

Estado:

**CE**

CEP:

**63280.000**

E-mail:

**MATIAS.FJ6@GMAIL.COM**

Tel.(DDD):

**(85) 98886-9748**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL - 001**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **122**

CONTA: **41888**

**9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital de  
vítima ou  
beneficiário  
ou  
representante

Local e Data, **PENAFORTE - CE, 17/01/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**Francisco José Matias**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

**Gisele Geraldo dos Santos Silva**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS Admissão: 23/07/2018 05:43  
Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 98886-9748  
Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL  
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP 63010-000 Bairro: CENTRO  
Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário 23/07/2018 05:48

Queixa: paciente, vítima de acidente de trânsito, chega ao serviço relatando dor abdominal e em mse

Fluxograma: TRAUMA TORACOABDOMINAL

Discriminador: DOR INTENSA

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemias: Régua dor: Pulso/FC:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 13877 Nº: 438733 Horário 23/07/2018 05:57

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA / Exame Físico:

PACIENTE COMPARCE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

A - VIAS ÁREAS PERTURBADAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B - PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE.

C - HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

D - GLASGOW 15.

E - PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR  
SOLICITO EXAMES DE IMAGEM. RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

ALTA

Data: 23/07/2018 12:10

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/07/2018 05:48	TRAUMA TORACOABDOMINAL	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



# 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: 26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE MATIAS

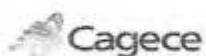
BANCO: 001

AGÊNCIA: 00122-8

CONTA: 000000041888-9

---

Nr. da Autenticação CF92EA489E1F7713

**2º Via**

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Instituto do Cágue

Nº de Inscrição:  
0058973222

**DETALHES DO CLIENTE**

Nome: JOSE MATIAS NETO  
End. Littoral: RU GENEROSA MARIA DE JESUS, FREI DAMIAO  
Cidade: PENAFORTE CEP: 63.280-000

End. Littoral

Cidade:

Local:

Local: 130 Sér. 001

Cidade: 0116

Unid.: 0887

Cidade: 0000

**ECONÔMICA**

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

**INFORMAÇÕES SOBRE LINHAÇÃO**

Serviço: ÁGUA	Medidor: A17F104196	Litros Água: 0	Litros Água: 38	Volumen: 38	Medio Socioeconômico: 0
---------------	---------------------	----------------	-----------------	-------------	-------------------------

**DATOS**

versão Atual: 08/08/2018	Divulgação: 18/10/2018	Lata Água: 3081654
Última Atualização: 24/09/2018	Lata Pág: 1	

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:**

Nome Amostra	Clare	Turbidet	Cor	Coliformes Fitas	Escherichia Coli
Impressa	012	012	005	012	012
Antecipada	014	014	014	014	014
Em conformidade	014	014	014	014	014

**mensagens / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua  
titularidade para esta unidade consumidora, vencidas  
entre os meses de 01/08/2018 a 24/09/2018. Esta declaração  
substitui outras quitâncias do período e de anos anteriores.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	36,68	Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Imposto (%)
LIG. ÁGUA C/INST. HID	11,20			
ATENDIMENTO(S): [130960577]				

TRIBUTOS SOBRE O FATUAMENTO		SUBSÍDIO	
Outros	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,46	VALOR DO SERVIÇO	61,51
COFINS	2,29	VALOR DO SUBSÍDIO	13,43
		VALOR TOTAL A PAGAR	48,08

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/2018	12/09/2018	48,08



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 8195, ou nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 1101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: Entidade Reguladora: Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços de Águas e Esgotos: 0800 275 3838

EMISSÃO: UN-BSA 18/10/2018 11:01:11

**NURO CLIENTE**  
**2767309**  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.458  
de 26 de abril de 2002  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 160  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 544917695**

Rota 28 13014 01 119700 - 5 Data de Emissão 10/10/2018

Nome CICERL DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal 17 LAMBEDOR 01505

CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791 Posto 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 010969643-33 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próx. Leitura
Out/2018	10/11/2018	10/11/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.  
Conjunto JUL/18 - MAR/19

Mes Ago/2018 ESG 25,13

DICRI = 0,00 P

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		Ajustado Individual				
				Mensal	Trim.					
ISENTO				DIC	10,15	20,30	40,61	0,00	0,00	0,00
				FIC	7,44	14,89	25,79	0,00	0,00	0,00
				DMIC	5,36			0,00		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual ( ) Leit. Anterior ( ) Const. ( ) Consumo (kWh) ( ) Cons. Incl. ( ) Cons. Ret. ( ) Tarifa (R\$/kWh) ( ) Valor (R\$)

FP 19625 19479 1,00 146 8,00 146 0,42847 62,55

DESCRÍÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	62,55
MULTA MORATÓRIA REF 07/2018	0,91
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES	0,33
JUROS DO MES	0,95
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	15,32
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	62,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MFS - ( R\$ 7,91 )	

**VENCIMENTO** 19/11/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 142,22

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Enersis	31,51
Transmissão	9,31
Distribuição	17,05
Encargos Setoriais	4,81
Tributos (PIS/COFINS)	4,92
<b>TOTAL</b>	<b>62,55</b>

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

146	146	151	150	150	152	126	151	120	149	165	148	207
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitedo kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Compreenda Ecologia (R/CO <sub>2</sub> )
57,00	0,00	

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

NAO FOI POSSIVEL LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 REG 414  
Consta desta fatura R\$ 4,92 referente a PIS e COFINS. As quotas: PIS:1,23% e COFINS:6,59%  
(46 t. 9 Fase 100 2008 - ANEEL e 100 t. 10,50% 21 e 10,47% 09)

**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>**.

<sup>1</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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Cícero Daniel dos Santos Silva inscrito (a) no CPF 010.969.643/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco José Matias inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.532.233/49, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEZ da Vítima Francisco José Matias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.532.233/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. EI Renda: 2793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO

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
<u>Sítio LAMBEDOU</u>		<u>1505</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ZONA RURAL</u>	<u>BARBALHA</u>	<u>CE</u>	<u>63180-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(88)97021593</u>	<u>96 63-3619</u>	

Barbalha-CE, 31 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Cícero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2018

Código Nome do Funcionário  
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Pl.  
2521-05 - ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPOTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*Cicero Daniel Santos*

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

Total de Vencimentos: 3200,00 Total de Descontos: 406,83

Valor Líquido:  2.793,17

Salário Base:  
3200,00

Sal. Contr. INSS  
3200,00

Base Cál. FGTS

FGTS do Mês:

Base Cál. IRRF  
2848,00

Alíquota IRRF  
02

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOURDES MATIAS BRINTEL,  
RG nº 31742-30, data de expedição 13/08/80,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 016.744.993-10, com  
domicílio na cidade de PENAFORTE, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
GENEROSA MARIA DE JESUS, nº 56,  
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 FRANCISCO JOSE MATIAS, cujo o condutor era  
FRANCISCO JOSE MATIAS.

Veículo: MOTOCICLO  
Modelo: HONDA / CG 150 FAU ESI  
Ano: 2010  
Placa: EO52657  
Chassi: 9C2KC1550AR175980  
Data do Acidente: 23/07/2018  
Local e Data: PENAFORTE - CE, 17/01/2019

Maria de Lourdes Matias Brinzel

Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Francisco Jose Matias  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)

CARÓLIO ANGELO MUNIZ Ofício de Notas e da Registros CNPJ: 03.199.136/0001-60 Fone/Fax: (033) 3333-1610 Rua Visconde Novais, 263 Penaforte-CE - CEP: 63.284-000	RECONHECIMENTO DE FIRMA
	RECONHEÇO verdadeira(s) o(s) Firma(s) por AUTENTICIDADE de: <u>MARIA DE</u> <u>LOURDES MATIAS BRINTEL</u> <u>_____</u>
	Em testemunho: <u>Penaforte, 17 de</u> <u>19</u> de verdade <u>de 2019</u>
	
	<u>Rodrigo Miranda Muniz</u> Escrivão Compromissado

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS

Admissão: 23/07/2018 05:43

Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s)

Tel.: 88 98886-9748

Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL

Sexo: Masculino RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	23/07/2018 05:58	Não	Cancelado

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

### PRESCRIÇÃO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM 13877 23/07/18 05:58

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   EM 30MIN, SE DOR	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR OU TEMPERATURA >=38°C	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL   SE PA>=180/110	
BROMOPRIDA 5MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 2  / SOLUCAO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  / FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 35 GOTAS/MIN  /  / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA (HEMODINÂMICA)	

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



SUS-EXT FRANCISCO JOSE MATIAS 39 ANOS, 27/04/1979: CR from 05/09/2018



Data: 20/08/18

Enf/Leito:

Fco José Matias

Frat. Diácono Clávula.

Osteossíntese

Linha

Dr. Gomes

Dr. Rappa

Ato Cirúrgico - (ocorrelatas principais)

PROCEDIMENTO

- 1- Osteossíntese de clavícula esquerda com placa e parafusos
- 2- Radioscopia

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA.
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. APÓSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS.
4. INCISÃO CLAVICULAR SUPERIOR
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. CRUENTIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
7. REDUÇÃO DA FRATURA
8. FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO MODELADA E 6 PARAFUSOS CORTICais
9. CONFIRMADOS ALINHAMENTO E FIXAÇÃO SOB ESCOPIA
10. SUTURA POS PLANOS + CURATIVO.
11. TIPOIA



SELLO DE AUTENTICIDAD  
2º OFICIO  
BREJO SANTO-CE - F. 3531-0144  
03  
Autenticado por:  
Maria Brasil Sampaio - 2º Tabelião Pùblico  
Engrácia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
Cícero Wilson de Melo - Escrevente  
Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente  
Dianiana Freitas da Almeida Siqueira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser  
uma reprodução fiel e original que me foi apresentado,  
com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, 20/08/18

1º Assinante

2º Assinante

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: FRANCISCO JOSE MATIAS

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23 / 07 / 2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do fêmur médio de braço de ferro expurdo

SEQUELA(S) QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:

Paciente não possui limitações para desenvolver atividades que envolvem grande esforço físico em nenhuma magnitude expurdo.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 08 / 03 / 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.735/0001-06

Juiz de Fora, 24 / 03 de 2019

Dr. Fássiano Sampaio

ORTOPEDISTA

CREMBC: 18929

Assinatura e Carimbo do Médico



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA  
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.  
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

NOME DO PACIENTE: SINAM EXT- FRANCISCO JOSE MATIAS-39 ANOS - ID: 0000038202

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1979 - SEXO: MASCULINO

Exame(s) Realizado(s): CLAVICULA E em 07/08/2018 10:34:04 - Solicitante: null

### RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA (1 incid)

Traço de fratura com deslocamento de fragmentos ósseos no terço médio da clavícula esquerda.



Dr. Alessandra Pibernat Cunha Cardoso  
CRM 20954-RS

\*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Alessandra Pibernat Cunha Cardoso - CRM: 20954-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 07/08/2018 12:13:22 (HORARIO DE BRASILIA).

\*Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição acima mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA  
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.  
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

1) NOME DO PACIENTE: SUS INT.ENF4-4-FRANCISCO JOSE MATIAS-39 ANOS - ID: 0000038725  
2) DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1979 - SEXO: MASCULINO  
3) Exame(s) Realizado(s): OMBRO E em 21/08/2018 07:36:10 - Solicitante: null

## RX OMBRO E

## Osteossíntese de fratura do terço medio da clavícula.

### Fragmentos coaptados e alinhados.

Placa e parafusos metálicos.

MENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Almir Castilhos da Silva - CRM: 3948-RS

J-140-2 LOGICO CRIADO EM 21/08/2018 11:28:17 (HOBARIO DE BRASILIA)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da clínica a que está mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser divulgadas individualmente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, cujo juiz compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para qualquer esclarecimento necessário.

Autentico a presente cópia (reprodução) por ser  
uma reprodução fiel e integral que não foi alterada, nem desenunciado,  
com o qual conteúdo fui eu que o assinei.  
Bento Santo-CE.

## RECEBEMOS

15 ABR 2019

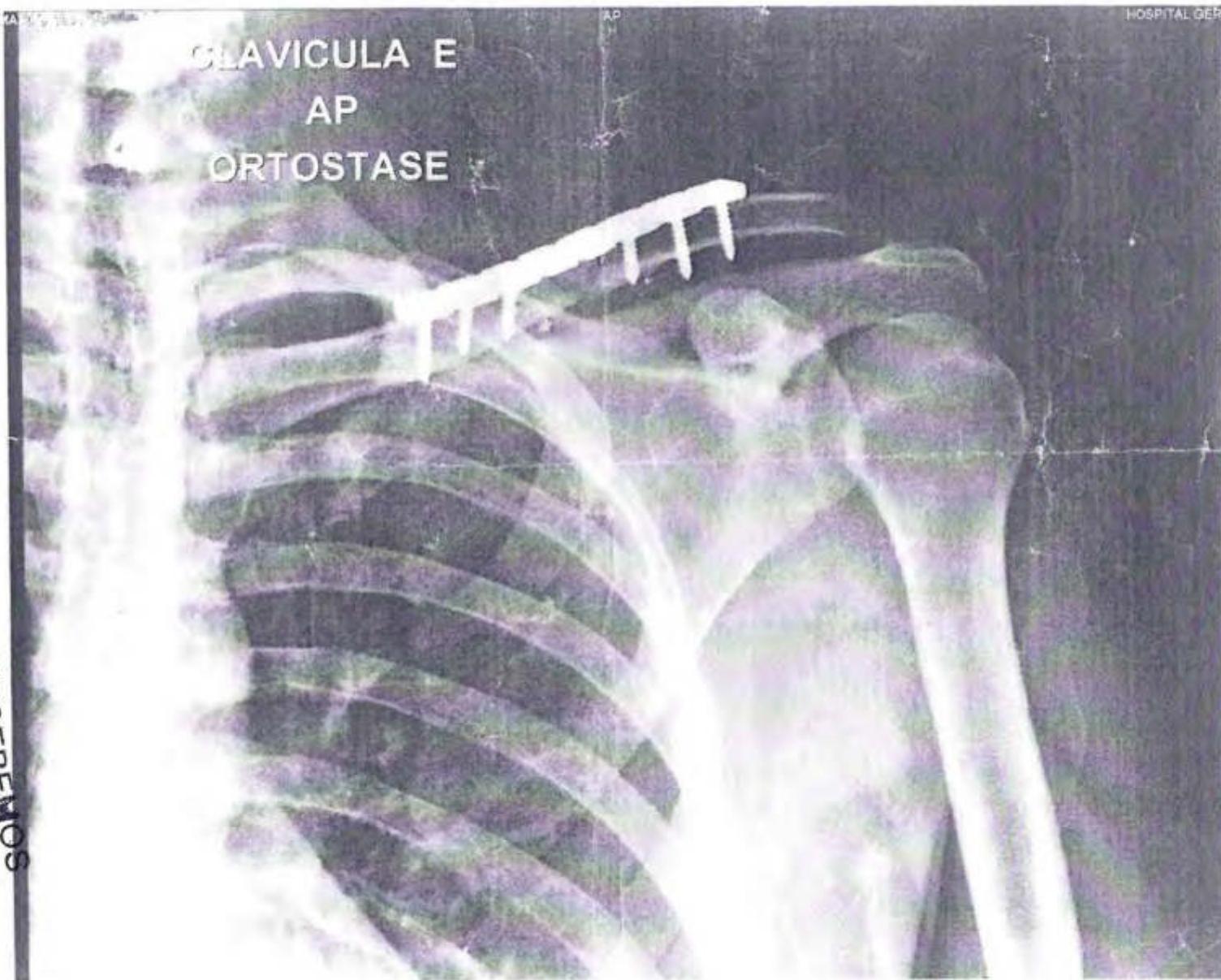
Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

SUS-EXT FRANCISCO JOSE MATIAS 39 ANOS, 27/04/1979: CR from 05/09/2018

RECEBEMOS

16 APR 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/001-06



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS Admissão: 23/07/2018 05:43  
Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 98886-9748  
Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL  
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP 63010-000 Bairro: CENTRO  
Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário 23/07/2018 05:48

Queixa: paciente, vítima de acidente de trânsito, chega ao serviço relatando dor abdominal e em mse

Fluxograma: TRAUMA TORACOABDOMINAL

Discriminador: DOR INTENSA

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEVV FREITAS PASCOAL CRM: 13877 N°: 438733 Horário 23/07/2018 05:57

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA / Exame Físico:

PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

A - VIAS ÁREAS PERTURBADAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX, N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE.

C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

D- GLASGOW 15.

E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR  
SOLICITO EXAMES DE IMAGEM, RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

Marcelo Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.738/0001-06

### ALTA

Data: 23/07/2018 12:10

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/07/2018 05:48	TRAUMA TORACOABDOMINAL	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



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

NOME: FRANCISCO JOSÉ MATIAS

DOC EMISSOR / ORGÃO NACIONAL  
97029103498 SSP CE

CPF: 634.532.233-49 DATA Nascimento: 27/04/1979

PAIS: JOSE MATIAS NETO  
MARIA DE LOURDES  
MATIAS BRINGEL

PERMISSÃO: ACC CAHAB, ADI

Nº REGISTRO: 04079650679 VALIDEZ: 14/09/2021 1ª HABILITAÇÃO: 31/03/2007

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO:

*Francisco José Matias*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 14/09/2016  
*Ju-Val-PTB*  
ASSINATURA DO EMISSOR  
69155004400  
CE155431439  
ASSINATURA DO EMISSOR  
DETRAN-CE (CIPRA)

VALOR EM TETO  
E TEATRÔNICO OFICIAL

1225700750

PROVÍNCIA PLASTICARTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
PPT 01 233669086 0000000000 2018

NOME

MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL

PENAFORTE /CE  
CPF /CNPJ  
01674499310  
PLACA ANT /IN  
/CE

PLACA

EOS2657/CE

CHASSI

9C2KC1550AR175980

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/CCV / 149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / GOTAS

IPV FAIXA IRVA MARCIALMENTE / COTAS

2010

2010

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSEVAÇÕES

PENAFORTE 26/07/2018

LOCAL

DATA

Igor Pontes  
Superintendente  
DETRAN-CE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014142454680 BILHETE DE SEGURO DPVAT

014142454680

RECIBO CE Nº

01674499310 EOS2657/CE

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

014142454680 12132763667

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/07/2018

VIA CÓD. RENAVAM PLACA

01 01674499310 EOS2657

RENAVM MARCA / MODELO

233669086 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. CÓD. TAN. N° CHASSI

2010 PART 9C2KC1550AR175980

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JUÍZ & ADVOGADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA  PARCELADO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.240.505/0001-04

MOTOR: KC15ESA175980

02951

02951

EOS2657

CÓD. RENAVAM

233669086  
197453 02951

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190123563      **Cidade:** Barbalha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE MATIAS      **Data do acidente:** 23/07/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 18/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS, brasileiro (a), estado civil: CASADO  
Profissão: ELETRICISTA, portador (a) do RG 97029103498,  
órgão expedidor: SSP e do CPF: 634532233-49, residente no (a):  
RUA GENEROSA MARIA DE JESUS nº 64, bairro: FREI DAMIAO  
município: PENAFORTE.

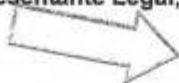
### OUTORGADO:

Cicero Daniel dos Santos Silva, brasileiro, solteiro, Profissão M.E.I, RG sob nº 2001016014110 - SSP CE, CPF sob o nº 010.969.643-33, residente no ST Lamedor, nº 1505, cabeceiras, Barbalha-CE CEP 63180-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê 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 esta 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

FRANCISCO JOSE MATIAS - COBERTURA INVALIDEZ-ACIDENTE-13/01/2018

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.



Francisco Jose Matias

Assinatura do outorgante



Local e data, PENAFORTE-CE, 17/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

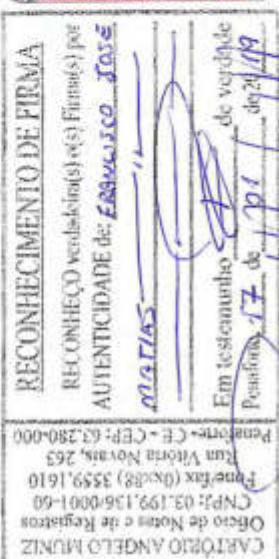
### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052663/19

**Vítima:** FRANCISCO JOSE MATIAS

**CPF:** 634.532.233-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO JOSE MATIAS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

### FRANCISCO JOSE MATIAS : 634.532.233-49

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](http://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: 12/02/2019  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052663/19

**Número do Sinistro:** 3190123563

**Vítima:** FRANCISCO JOSE MATIAS

**CPF:** 634.532.233-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO JOSE MATIAS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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: 16/04/2019  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

---

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

---

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE