

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638431 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ICARO DA SILVA LOPES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.ALTA.
P1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638431

Vítima: ICARO DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES

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

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638431

Vítima: ICARO DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/11/2018, emitido pelo Dr. M^a NILSE COELHO CRM nº 5341 - CE, da Instituição UPA - HORIZONTE - CE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 091.775.193-02 4 - Nome completo da vítima: ICARO DA SILVA LOPES

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

5 - Nome completo: ICARO DA SILVA LOPES 6 - CPF: 091.775.193-02
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOAO GALDINO 9 - Número: 982 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZUMBI 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882-180
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98673-1011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES
18 - CPF do Representante Legal: 082.456.763-95 19 - Profissão do Representante Legal: MECANICO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3535 CONTA: 26702 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 15 DE OUTUBRO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência Nº 461 - 1771 / 2019

Dados da Ocorrência

0400151/19

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/04/2019 08:35:20**
Data / Hora da Ocorrência: **23/11/2018 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R FRANCISCA CECILIA , PLANALTO HORIZONTE - HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ICARO DA SILVA LOPES**
Nascimento: **21/12/2005** CPF:
RG: **2007880084-0** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIAS DE JESUS DA SILVA ALVES**
SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES
Endereço: **RUA JOAO GALDINO , 982**
Bairro: **PLANALTO HORIZONTE**
Município: **HORIZONTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99230-8856**

Noticiante(s)

Nome: **SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES**
Nascimento: **18/01/1989** CPF: **028.456.763-95**
RG: **2003014139788** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LUCIA PEREIRA LOPES**
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA
Endereço: **RUA JOAO GALDINO , 982 BLOCO 29 - AP 204**
Bairro: **PLANALTO HORIZONTE** CEP:
Município: **HORIZONTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99230-8856**

Histórico

Afirma noticiante que no dia e horário acima citado estava conduzindo a motocicleta modelo HONDA/CG 160 START cor Preta e Placa POZ2119. Que o veículo não é sua propriedade, contudo, o noticiante é habilitado nas categorias AB. O noticiante afirma que estava com seu filho, ICARO DA SILVA LOPES, como passageiro e na rua acima citada perdeu o controle da motocicleta devido a grande quantidade de buracos na via. Que o noticiante e seu filho vieram a cair da motocicleta. Afirma ainda o noticiante, conduto do veículo, não sofreu nenhuma lesão, mas, seu filho que estava na garupa da motocicleta e sofreu trauma(fatura) no pé direito. Descrito da seguinte forma na guia de atendimento da UPA de Horizonte "FATURA 3º PODODACTILO PE DIREITO". Que o noticiante juntamente com seus vizinhos REJANE RODRIGUES BARBOSA e ANTONIO EVERALDO RODRIGUES BARBOSA socorreram seu filho(ICARO DA SILVA LOPES) e no dia seguinte ao acidente levaram seu filho para a UPA de Horizonte, onde foi realizados os atendimentos necessários.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 1771 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Leandro Bessa*

LEANDRO OLIVEIRA BESSA - MAT.: 30018516

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Silvestre Bessa Bessa*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X

*Requero Rodrigues Barbosa
Antônio Ernando Rodrigues Barbosa*



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 091.775.193-02 4 - Nome completo da vítima: ICARO DA SILVA LOPES

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

5 - Nome completo: ICARO DA SILVA LOPES 6 - CPF: 091.775.193-02
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOAO GALDINO 9 - Número: 982 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZUMBI 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882-180
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98673-1011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES
18 - CPF do Representante Legal: 082.456.763-95 19 - Profissão do Representante Legal: MECANICO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3535 CONTA: 26702 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 15 DE OUTUBRO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

1800693522 VERDE 24/11/2018 10:40:20 FICHA DE ATENDIMENTO
Paciente ICARO DA SILVA LOPES Data Nascimento 21/12/2005 Idade 12 A 11 M 3 D CNS 898003908681725
Tipo Doc. Documento 20078800840 Órgão Emissor SSP Data Emissão 25/05/2011 Sexo M Estado Civil NAO INFORMADO Raça/Cor BRANCA
IDENTIDADE 20078800840 SSP 25/05/2011 M NAO INFORMADO BRANCA Naturalidade HORIZONTE - CE
Mãe MARIA DE JESUS DA SILVA LOPES Pq SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES Contato (85) 99216-8725
Endereço RUA - JOAO GALDINO, BL. 29, APTO 204 - 982 - DISTRITO INDUSTRIAL - HORIZONTE - CE Ocupação NAO INFORMADA
Plano de saúde SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE Número da carteira Data validade
Quem a trouxe Relata queda de moto há 1 dia +dor e edema em pe direito- nega alérgias (Sic) Tempo de N/I 48.500,00 N/I
Registado por NEIDE Profissional-atendida CANDIDO

Atendimento

Anamnese Médica

paciente com dor intensa no 4 pododactilo pe D ontem

Exame Físico

dor e edema local

Hipótese Diagnóstica

trauma AE

Exames Complementares

PRESCRIÇÃO

1) RX pe D

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

PROFISSIONAL

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para

Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saida/Alta

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? () Sim () Não Destino () Família () IML Anatomia Patológica

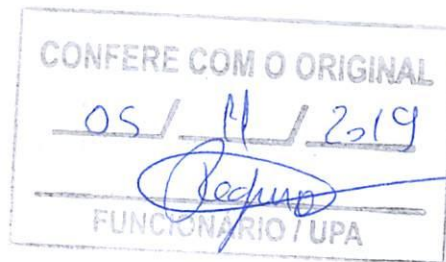
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Dra. Ma. Nilse Brígido Coêlho
CREMEC 5341

2) Imobilizar 3 pontos

Dra. Ma. Nilse Brígido Coêlho
CREMEC 5341



Regina Célia Lima Rocha
Assistente Social
CRESS - 2464

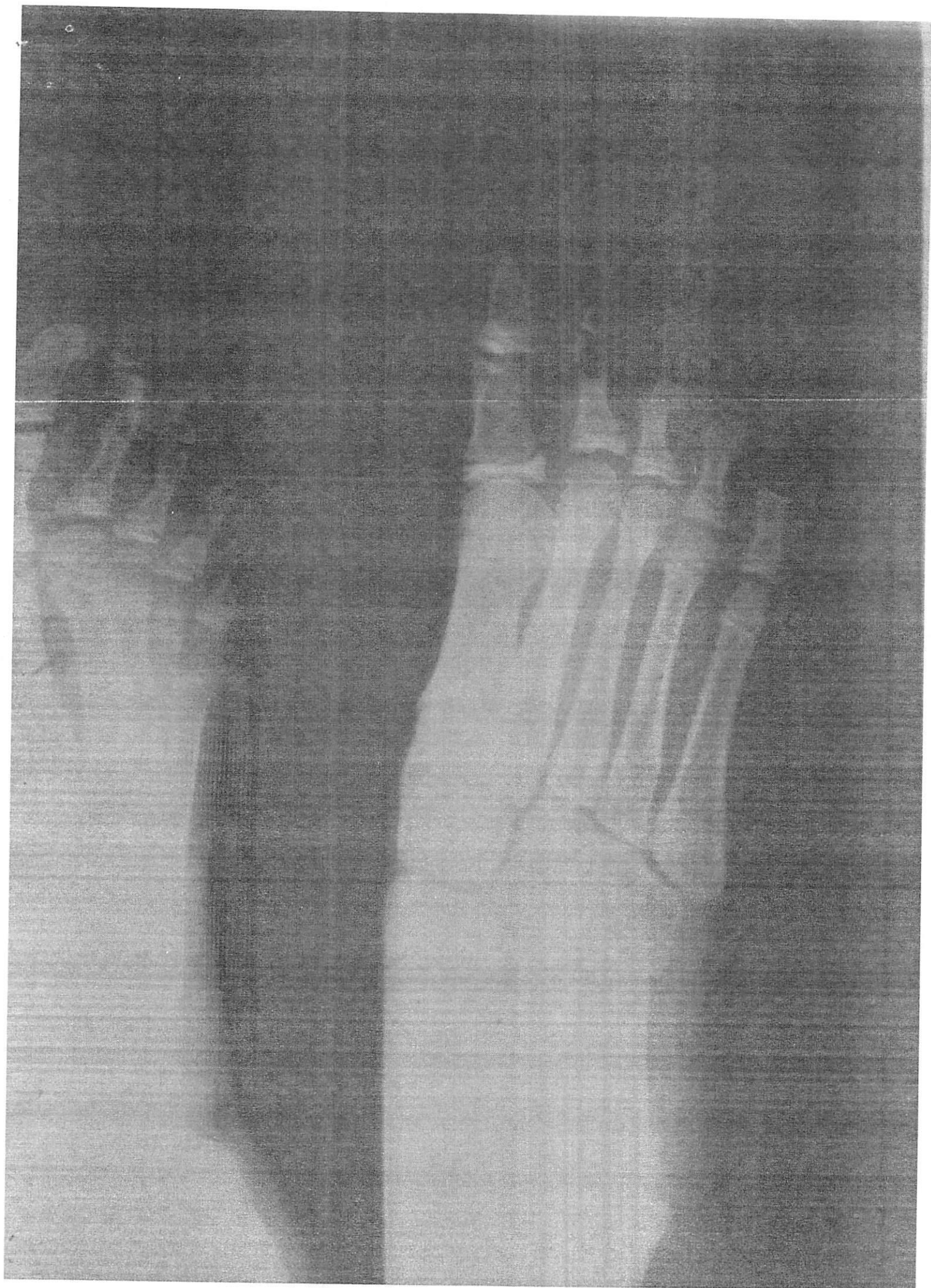
HORZON
241118
E.C.

213

COO 20 51/100
120 per.

1062
1063
1064
1065
1066

0/1
5



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E SUPORTE DE PROTOCOLOS

Polígono Direito

Não Alfabetizado(a)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007880084 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/2011

NOME ICARO DA SILVA LOPES

FILIAÇÃO SEBASTIÃO EDSON PEREIRA LOPES
MARIA DE JESUS DA SILVA ALVES

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 21/12/2005

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 208.335 FOLHA: 60
LIVRO: A-226 FORTALEZA - CE

CPF

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 31

SELO DE AUTENTICAÇÃO 03

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

A presente cópia fotostática contém o original exibido nestas notas públicas. O refendo a verdade. Dou Fé. Em test. PWS da verdade.

22 ABR. 2019

CARTÓRIO PIO RAIMUNDO NORONHA
2º OFÍCIO HORIZONTE-CE

Bela. Apurecida Ilka Freitas Noronha
Apurecida Ilka Freitas - Substituta

AUTENTICAÇÃO Nº HY 891428

CARTÓRIO PIO RAIMUNDO NORONHA
2º OFÍCIO HORIZONTE-CE

SELO DE AUTENTICAÇÃO 03

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

A presente cópia fotostática contém o original exibido nestas notas públicas. O refendo a verdade. Dou Fé. Em test. PWS da verdade.

22 ABR. 2019

CARTÓRIO PIO RAIMUNDO NORONHA
2º OFÍCIO HORIZONTE-CE

Bela. Apurecida Ilka Freitas Noronha
Apurecida Ilka Freitas - Substituta

AUTENTICAÇÃO Nº HY 891429

CARTÓRIO PIO RAIMUNDO NORONHA
2º OFÍCIO HORIZONTE-CE



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

091.775.193-02

Nome

ICARO DA SILVA LOPES

Nascimento

21/12/2005

CÓDIGO DE CONTROLE

1CFF.1876.D573.6608



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:18:49 do dia 13/11/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

CE

NOME
SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003014139788 SSP CE

CPF
028.456.763-95

DATA NASCIMENTO
18/01/1989

FILIAÇÃO
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA
FRANCISCA LUCIA PEREIRA LOPES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05572869193

VALIDADE
23/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
21/08/2012

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Sebastiao Edson Pereira Lopes

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
04/09/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
PABLO ROCHA XIMENES PONTE
58701565804
CE166602000

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660090264

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660090264

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 014057512868

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
JIRA 01 1170166323 0000000000 2018

NOME
JUDERLINO OLIVEIRA DE SOUSA
HORIZONTE/CE

CPF/CNPJ PLACA
92108091300 POZ2119

PLACA ANT/UF CLASSE
*****/CE 9C2KC2500KR002869

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 160 START 2018 2019

CAP/POT/OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/162CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS
***** 1ª *****
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES
AL.FID. BANCO HONDA S.A.; *****

LOCAL DATA
HORIZONTE 30/10/2018

22 ABR. 2018
2. OFICÍO DE HORIZONTE/CE
Escritório

22 ABR. 2018
2. OFICÍO DE HORIZONTE/CE
Escritório

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSPORTADORA DO NAO-SEGURO DPVAT

CE Nº 014057512868 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

92108091300 POZ2119

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

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

014057512868 01677537440

VIA EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
01 92108091300 2018 30/10/2018

RENAVAM CPF / CNPJ PLACA
1170166323 92108091300 POZ2119

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 START

ANO FAB. DATA INÍC. Nº CLASSE
2018 09 9C2KC2500KR002869

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC/DT/039/87 LIDACREDPVAT

MOTOR: KC250KR002869 908/001-04

22 ABR. 2018
2. OFICÍO DE HORIZONTE/CE
Escritório

22 ABR. 2018
2. OFICÍO DE HORIZONTE/CE
Escritório

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638431 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ICARO DA SILVA LOPES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.ALTA.
P1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400181/19

Vítima: ICARO DA SILVA LOPES

CPF: 091.775.193-02

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ICARO DA SILVA LOPES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES : 028.456.763-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES
CPF: 028.456.763-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

SEBASTIAO EDSON PEREIRA LOPES

LARISSA CRISOSTOMO BARROS