

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371982

Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

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. 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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371982

Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

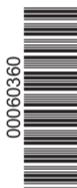
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190371982

Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

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\$ 472,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau residual 17,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (17,5% de 10%) 1,75%

Valor a indenizar: 1,75% x 13.500,00 = R\$ 472,50

Recebedor: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Valor: R\$ 472,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000030074-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

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:
042.445.613-31Nome completo da vítima:
FRANCISCO PAULÉAN BARROS DE MARCHESI

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

Nome completo: FRANCISCO PAULÉAN BARROS DE MARCHESI

CPF: 042.445.613-31

Número: 902

Complemento:

Profissão: BALCONISTA

Endereço: RUA ANSIO PROTA

Estado: CEARÁ

CEP: 63.700-000

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: CRATEÚS

Tel (DDD): (88) 30968-0286

E-mail:

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

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Investprev Seguradora S/A

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 30074

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTAS: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da despesa, 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido. O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da 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 discordo 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 (vivi nasceu)? 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.

Local e Data: CRATEÚS, CE 04/06/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Francisco Pauléan Barros de Marches
Assinatura do Procurador (se houver)(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019264648

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1466 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/04/2019 08:20:36**

Data / Hora da Ocorrência: **02/02/2019 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE DE TAPUIO**

Complemento: **ZONA RURAL**

Bairro:

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS**

Nascimento: **27/07/1990** CPF: **042.445.613-31**

RG : **1659612222**

Orgão Emissor: **DETTRAN**

10 JUN 2019

Filiação: **MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA**

JOAO RODRIGUES DE MATOS

Endereço: **RUA ANISIO FROTA, 902**

Bairro: **CIDADE NOVA**

CEP:

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99215-8138**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMB7341** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KD0810GR426169 Renavam: **1080851604** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA: PMB7341 HONDA/NXR160 BROS ESDD, na estrada carroçável na localidade de TAPUIO/CRATEUS, a uma velocidade média de 50km/h, e ao desviar de um caco de barro que caiu na via perdeu o controle da MOTOCICLETA supra e caiu ao solo; QUE não acionou a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE não acionou não acionou o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE foi socorrido por sua namorada que vinha outra motocicleta na mesma via; QUE após dois dias foi até a UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO em CRATEUS/CE; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO DA UPA de nº 033875 relatando: TRAUMA HÁ DOIS DIAS COM EDEMA + DOR EM PE ESQ HOJE; QUE apresenta GUIA HOSPITALAR DO HOSPITAL SÃO LUCAS de nº 033875 relatando PACIENTE COM TRAUMATISMO NO PE COM DOR E APRESENTANDO ESCORIAÇÃO NO 1º PDDTE; QUE apresenta DECLARAÇÃO MÉDICA da UPA do DR. JOÃO VITOR MARÇAL RELATANDO: DECLAO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ATENDIDO NO DIA 02/02/19 NA UPA DEVIDO TRAUMA (QUEDA DE MOTOCICLETA - SIC) HAVIA 02(DOIS) DIAS; QUE apresenta como testemunhas da lesão sofrida no acidente supra as pessoas de nomes: JAMILLE FERREIRA DE SOUSA AMÂNCIO, CPF: 018.564.113-03 E RG: 2002099054547, E FRANCISCA EDNA MARTA

Francisco

Elo

Jamille

Delegacia Regional de Polícia Civil
MPC-301186-2-6

Relatório de Ocorrência
Delegacia Regional de Polícia Civil
MPC-301186-2-6



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019264648

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1466 / 2019

NASCIMENTO O MELO, CPF: 010.526.193-98 E RG: 2001030042886 relatando terem visto a VITIMA E CONDUTORA no acidente supra com a lesão supracitada.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 301186-2-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

VISTO DO DELEGADO(A) :

Rene Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. N° 301249-4-4

Francisco Otacílio Monte Nascimento Oliveira Melo

x Jamille Ferreira de Souza

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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:
042.445.613-31Nome completo da vítima:
FRANCISCO PAULÉAN BARROS DE MARES

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

Name completo: FRANCISCO PAULÉAN BARROS DE MARES	CPF: 042.445.613-31
Profissão: BALCONISTA	Endereço: RUA ANSIO PROTA
Bairro: CIDADE NOVA	Cidade: CRATEÚS
E-mail:	Estado: CEARA
	CEP: 63.700-000
	Tel (DDD): 1381 30968-0386

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL
 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 30074

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Investprev Seguradora S/A

AGÊNCIA: _____

CONTAS: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

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

Local e Data, CRATEÚS, CE 04/06/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

() Assinatura de quem assina A RG*
Francisco Pauléan Barros de Mares
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wilton Dutra da Silva
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 033875	Atendimento 0016	Nome do Paciente FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS	CNS 708909799055417	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 042.445.613-31			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 27/07/1990	Local CRATEUS/CE			Idade 28 Ano(s)
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS	Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA			
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Prolissão BALCONISTA	Empresa	Cônjugue		Telefone 88992158138
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/02/2019	Hora 17:20	Convenio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL			CRMUF 19006/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO
Indicador de Acidente			Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	

Observação

Sala		Data/Hora Liberação 05/02/2019 17:26					
Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	I.R (mmHg)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			91		160 X 100	99	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/02/2019 17:24

Responsável pela Classificação: ROMULO BEZERRA RODR

Relatório:

paciente refere edema em pé E.

Psi: calc

nega alergia medicamentosa

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/02/2019 17:26:51h Responsável: JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL CRM-CE 19006

TRAUMA HÁ 2 DIAS COM EDEMA + DOR EM PE ESQ HOJE

CD VOLTAREM 01 AMP IM 17:29

RX

*slais
840258*

Fx em 1º pelo?

cy: liberar Rx

AINE

An TO

*Dr. João Victor Marcal
Matr. 603
CREMIEC 19.053*

JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL - CRM: 19006

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

Paulean Barros

*LIBIA CORRETORA DE SEGURO LTDA.
29 ABR. 2019*

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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 472,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000030074-1

Nr. da Autenticação F40BC45D2D3B1F37

1255099
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 10.426 de 25 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdivino, 160
CEP 60105-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-79 | CGF 06.105.049-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE P-4 | N° 559385137

Rota 17 38000 02 021400 - 3 Data de Emissão 24/01/2019
Nome MARIA LUCIA B OLIVEIRA
End. Postal RU ANISIO FROTA 00902
CIDADE NOVA - CRATEUS - 63700000 Poste 0000 A42N
Medidor 5041070
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 000140900187 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Jan/2019	24/01/2019	22/02/2019

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
144,28	27,00%	39,95

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4036.556.0501.0769.0069.0738

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lct. Atual	Lct. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Corr. Ind.	Corr. Fis.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor(R\$)
FP 29848	29841	1.00	199	6,00	199	0,77104	144,28

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	144,28
MULTA MORATORIA REF 12/2018	2,96
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,25

24/01/19 24/12/18 31/12/18

144,28 2,96 0,05 17,25

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta:

Conjunto	DATAIS	EISU 60,00
N/A	10/12/2018	
	10/12/2018 P	
	Padrão Individual	

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	11,10	22,21	2,49	6,00	12,00
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC	3,20			2,49		

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VENCIMENTO	01/02/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	164,54
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO			
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)			
Energia	53,55		
Transmissão	57,01		
Distribuição	38,53		
Encargos Salariais	8,18		
Tributos (PIS/PASEP/FINB)	45,57		
TOTAL	144,28		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)			
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	77,69	Compensado kg (CO ₂)	0,00
		Consciência Ecológica (%CO ₂)	0%

"PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE SEN + DIGITO VERIFICADOR."
Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito Aedes aegypti. De dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS
29 ABR. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 575320245

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 00.105.846-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE**Esta é a segunda via de****MAI/2019**Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE**
10025400 DV **4****VENCIMENTO**
25/06/2019**TOTAL A PAGAR (R\$)**
146,81End. da Unidade: RU PRO LISBOA RODRIGUES 01574 FATIMA II CRATEUS 63702080
Consumidora

RG / CPF / CNPJ: 143.371.503-15

CGF

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMOLeitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

19772

19608

1

164

0

164

DESCRÍÇÃO DA CONTA**Quantidade** **Tarifa** **Valor (R\$)****DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/
Apresentação:

21/05/2019

Prev. Próxima
Leitura

21/06/2019

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OUTROS PAGAMENTOS**JUROS DO MES**

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,73)

0,16
18,19**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 128,46 | Aliquota 27% | Valor do Imposto 34,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 40,21

Conjunto: CRATEUS

Mês: MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

10025400-4

Nº da Nota Fiscal: 575320245

Total a Pagar (R\$): 146,81

Data de Emissão:

31/05/2019

Referência: MAI/2019

Nº de Controle: 0010025400 00004 4305 2 12

83800000001-7 46810031000-6 00100254000-0 00044305277-8



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 sinistro. No entanto, na determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pelo exposto, eu NILDO ANTÉRIA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 143.371.503-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO PAULÉAN BARROS MATOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.445.613-31,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO PAULÉAN BARROS DE MATOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.445.613-31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA PROFESSOR LISBOA 2000/QUES</u>		Número:	<u>2574</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CATIMA II</u>	Cidade:	<u>CRATEÚS</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:				CEP:	<u>63.702-080</u>

Tel (DDD): (88) 99968-0286

Local e Data: CRATEÚS, 28/04/2019

Nildo Antéria da Silva
Assinatura do Declarante

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 033875	Atendimento 0016	Nome do Paciente FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS	CNS 708909799055417	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 042.445.613-31			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 27/07/1990	Local CRATEUS/CE			Idade 28 Ano(s)
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS	Mae MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA			
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão BALCONISTA	Empresa	Cônjugue		Telefone 88992158138
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/02/2019	Hora 17:20	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL			CRM/UF 19006/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO
Indicador de Acidente			Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	

Observação

Sala	Data/Hora Liberação 05/02/2019 17:26	Tipo de Saída Alta						
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	I.R (mmHg)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
				91		160 X 100	99	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/02/2019 17:24

Responsável pela Classificação: ROMULO BEZERRA RODR

Relatório:

paciente refere edema em pé E.

Pst. caic

nega alergia medicamentosa

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/02/2019 17:26:51h Responsável: JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL CRM-CE 19006

TRAUMA HÁ 2 DIAS COM EDEMA + DOR EM PE ESQ HOJE

CD VOLTAREM 01 AMP IM 17:29

RX

*Seus
840258*

Fx em 1º pelo?

cy: liberar Rx

AINE

An TO

*Dr. João Victor Marcal
Medico
CREMEC 19.053*

JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL - CRM: 19006

Paulo Barros

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

*LIBIA CORRETORA DE SEGURO LTDA.
29 ABR. 2019*



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
033875 0004 FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS
Documento(s) CPF: 042.445.613-31
Data de Nascimento Local
27/07/1990 CRATEUS/CE

CNS

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 28 Ano(s)

Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS

Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA

Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902

Bairro CIDADE NOVA

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 92158138

Profissão BALCONISTA

Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA

Empresa

CPF do Responsável

Endereço

RUA ANIZIO FROTA, 902

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
06/02/2019 07:24 SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF
6945/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

Saída

Data/Hora Liberação

06/02/2019 09:18

Tipo de Saída
Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

35,8

P (bpm)

96

R (impm)

18

PA (mmHg)

164 X 100

Oximetria (%)

98

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 06/02/2019 07:22

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

paciente relata queda de moto sic no domingo, fopi atendido na upa, apresenta edema e dor em pé esquerdo, nega alergia medicamentosa e comorbidades

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames, Procedimentos e Conduta)

06/02/2019 09:18:47h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO PÉ COM DOR E APRESENTANDO ESCORIAÇÃO NO 1ºPDDTE

RX DO PÉ EM AP E P

FRATURA INTRAARTICULAR NO 1ºPDDT

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 ABR. 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Francisco Paulean Barros

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

CNS

Guia de Autorização

Prontuário 033875	Atendimento 0005	Nome do Paciente FRNCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Documento(s) CPF: 042.445.613-31	Local CRATEUS/CE	Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA	Idade 28 Ano(s)	
Data de Nascimento 27/07/1990		CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS	Bairro CIDADE NOVA	Cônjugue		Telefone 88 92158138
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	CPF de Responsável	Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Município CRATEUS	UF CE
Profissão BALCONISTA	Empresa			
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA				

DADOS DO ATENDIMENTO

CID

Data Atendimento 14/02/2019	Hora 07:58	Convênio SUS	CRM/UF 3289/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIA NETO			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	
Indicador de Acidente				

Observação

Sala	Data/Hora Liberação 14/02/2019 15:32	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
Peso (kg)		35,5	97	20	139 X 90	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 14/02/2019 07:54

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

Paciente com o retorno com o ortopedista com data para hoje.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

14/02/2019 15:32:03h Responsável: ANTONIO PIERRE AGUIA NETO CRM-CE 3289

revisão

rx do pé E

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

Solicitados e Conduta)

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 ABR. 2019

Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
ORTOPEDICO - ORTOPEDIA
CRM-CE 3289

fco Paulean Barros

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 033875	Atendimento 0007	Nome do Paciente FRNCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS		CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 042.445.613-31				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 27/07/1990		Local CRATEUS/CE			Idade 28 Ano(s)
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS		Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA			
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902		Bairro CIDADE NOVA	CEP 53700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão BALCONISTA		Cônjugue			Telefone 88 92158138
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA		CPF do Responsável	Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/03/2019	Hora 08:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 5945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 04/03/2019 12:44		Tipo de Saída Alta	
Sinais Vitais Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 100	R (ppm) 19
			PA (mmHg) 150 X 90	Oximetria (%): 97
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 04/03/2019 08:40

Responsável pela Classificação: ANTONIO WELIGTON DA

Relatório:

PACIENTE COM TRAUMA EM MIE, VEIO PARA RETORNO COM TRAUMATOLOGISTA

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

CNPJ: 42.366.302/0001-28

04/03/2019 12:44:20h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

REVISÃO FRATURA DO 1º E 4º PDDTE

REX DO PÉ E EM AP E'P

APRESENTA EDEMA NO MOMENTO

FISIOTERAPIA

LIBIA CURRETORA DE SEG. LTDA.
29 ABR. 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO PAULIAN BARROS DE MATOS
CPF e/ou RG: 042 445 633-33

Informações do Acidente

Data do acidente: 03/02/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

Fratura do 3º e 4º metatarsos do pé esquerdo com escoriações em m^{as}s e m^{as}s.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

Analgésia clínica, radiografia, avaliação do ortopedista, imobilização gessada e fisioterapia.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

Lesão anatômica e funcional definitiva, edema e limitação de amplitude do movimento aos mínimos, moderados esforços.

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: Fratura do pé esquerdo

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

31.05.2019, CRATO - CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO
CREMERC 19150

Francisco Paulian Barros de Matos
assinatura da vítima



Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 ABR. 2019



Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LUBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
29 ABR. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371982 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MATOS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de primeiro e quarto metatarso do pé esquerdo

Descrição do exame físico: Rigidex articular leve em dedos do pé esquerdo na flexão dos dedos

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador,
Alta 03/02/2019

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em primeiro pododáctilo esquerdo
Deficit funcional residual (10%) em quarto pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro e quarto pododáctilos esquerdos, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
Total			3,5 %	R\$ 472,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190371982

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ANISIO FROTA, 902 - Crateús/CE - CEP 63700-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2006014132958 - SSP-CE

Data e Local do Acidente : 02/02/2019

Data e Local do Exame : 19/06/2019 LABICLIN- AV CORONEL LOURENÇO FEITOSA, 1 - SALA 6 A - TAUÁ/CE - CEP 63660-000

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de 1^º e 4^º metatarso do pé esquerdo

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

realizado tratamento conservador, paciente com limitacao de movimento em dedos do pé esquerdo 1^º e 4^º

alta 03/02/2019

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

paciente com rigidez articular leve em dedos do pé esquerdo na flexao dos dedos

IV. Nexo 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)? [X] Sim [] Não

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

rigidez articular em 1 e 4 dedo do pé esquerdo na flexao dos dedos

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 (*).

- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- () “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
- () “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal	Região Corporal
1º dedo do pé esquerdo	4º dedo do pé esquerdo
% do Dano (<input type="checkbox"/>) 10% residual (<input checked="" type="checkbox"/> X) 25% leve	% do Dano (<input checked="" type="checkbox"/> X) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve
(<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo	(<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano (<input type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve	% do Dano (<input type="checkbox"/>) 10% residual (<input type="checkbox"/>) 25% leve
(<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo	(<input type="checkbox"/>) 50% médio (<input type="checkbox"/>) 75% intensa (<input type="checkbox"/>) 100% completo

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

Dr. Idelvan Alves A. Junior
CRM-Médico
CRM-CE 18236

IDELVAN ALVES DE ASSIS JUNIOR CRM : 18236 / UF :CE

RECURSO DPVAT

SINISTRO 3190/296375

VÍTIMA FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

COBERTURA Invalidez

CPF/CNPJ: 042.445.613-31

PREZADO(A) SR(A) ANALISTA,

EU, **FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS**, INCONFORMADO COM O INDEFERIMENTO DO MEU PEDIDO PELA SEGURADORA LÍDER, VENHO APRESENTAR RECURSO CONTRA DECISÃO QUE NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, POIS, NÃO CONCORDO COM REFERIDA DECISÃO, UMA VEZ QUE CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO SOU PORTADOR DE SEQUELAS PERMANENTES EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES SOFRIDAS NO ACIDENTE.

DIANTE DO EXPOSTO VENHO REQUERER REVISÃO DA DECISÃO PROFERIDA PELA SEGURADORA LÍDER, REQUERENDO AINDA, QUE SEJA DESIGNADA UMA PERICIA MÉDICA, PARA QUE O MÉDICO INDICADO PELA SEGURADORA LÍDER POSSA ME AVALIAR.

NA CERTEZA DE SER ATENDIDO AGRADEÇO DESDE JÁ.

CRATEÚS – CE., 31 DE MAIO DE 2019.



FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS
VITIMA/BENEFICIÁRIO

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371982 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MATOS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de primeiro e quarto metatarso do pé esquerdo

Descrição do exame físico: Rrigidez articular leve em dedos do pé esquerdo na flexão dos dedos

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador,
Alta 03/02/2019

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em primeiro pododáctilo esquerdo
Deficit funcional residual (10%) em quarto pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro e quarto pododáctilos esquerdos, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
		Total	3,5 %	R\$ 472,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371982 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MATOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURAS DO 1º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(P5)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.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371982 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULEAN BARROS DE **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MATOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURAS DO 1º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (P5)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCARRECER 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.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00