

---

**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](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, 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



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, retorne 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:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

042.448.613-31

Nome completo da vítima:

FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS

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

Nome completo:

FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS

CPF:

042.448.613-31

Número:

500

Complemento:

Profissão:

BALEONISTA

Endereço:

RUA ANÍSIO PROTÁ

Bairro:

CIDADE NOVA

Cidade:

CRATEÚS

Estado:

CEARA

CEP:

63-700-000

E-mail:

Telefone:

(000) 99968-0286

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

RENDA 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 OPÇÃO 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:

AGÊNCIA:

0747

CONTA:

30074

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, CRATEÚS, CE 04/06/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Francisco Paulan Barros de Mateos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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 RGO, 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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019264648

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:  
Ponto de Referência:

Município: **CRATEUS/CE**

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: **DETRAN**  
Filiação: **MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA**  
**JOAO RODRIGUES DE MATOS**  
Endereço: **RUA ANISIO FROTA, 902**  
Bairro: **CIDADE NOVA**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL**

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.902/0001-28

CEP:

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 cachorro que cruzou 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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Consolidado em: 24/04/2019 06:53:17

Pág. 1 de 2

Impresso em: 24/04/2019 08:53:17

Daniele da Silva Pinheiro  
ESCRITÓRIO DE POLÍCIA CIVIL  
MARC.: 301186-2-6

Renê Gomes Mesquita  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MARC.: 301186-2-6

Francisco

*[Handwritten signature]*

Jamille





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



Impresso nº 2019264648

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 1466 / 2019

NASCIMENTO O MELO, CPF: 010.526.193-98 E RG: 2001030042886 relatando terem visto a VÍTIMA 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 :

*Daniilo da Silva Paiva*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. Nº 3011862-6

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Francisco Pauléan Barros de Mota*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*René Gomes Mesquita*  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MAT. Nº 3012494-4

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

*Francisco Otho Melo Nascimento Oliveira Melo*

x *Jamille Ferreira de Sousa*

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:

042.448.613-31

Nome completo da vítima:

FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS

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

Nome completo:

FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS

CPF:

042.448.613-31

Número:

500

Complemento:

Profissão:

BALEONISTA

Endereço:

RUA ANÍSIO PROTÁ

Bairro:

CIDADE NOVA

Cidade:

CRATEÚS

Estado:

CEARA

CEP:

63-700-000

E-mail:

Telefone:

(000) 99968-0286

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

RENDA 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 OPÇÃO 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:

AGÊNCIA:

0747

CONTA:

30074

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, CRATEÚS, CE 04/06/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Francisco Paulan Barros de Matos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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 RGO, 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
Profissão BALCONISTA	Empresa	Cônjuge	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)	R (rpm)	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.

Psf. 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 17:26:51n Responsável: JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL CRM-CE 19006

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

CD VOLTAREM 01 AMP IM 17.29

RX

Sleais  
840258

Fx em 1º psdo?  
cy: Libero Rx

Atne

As TO

Dr. João Victor Marçal  
Médico  
CRM-CE 19.063

JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL - CRM: 19006

Paulo Barros

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

LIBIA CORRETORA DE SEG. 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 utilizar seu atendimento, utilize o e-mail  
sempre que entrar em contato conosco.

A Tabela Social da Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438  
de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdevino, 160  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.105.849-3

enel

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE P-4 | Nº 559385137**  
Data de Emissão 24/01/2019

Rota 17 38000 02 021400 - 3  
Nome MARIA LUCIA B OLIVEIRA  
End. Postal RU ANISIO FROTA 00902  
CIDADE NOVA - CRATEUS - 63700000  
Medidor 5041070  
Poste 0000 A42N

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 000140900187  
Nome do Responsável CGF

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja o Índice no verso desta conta.  
Mês de Referência 24/01/2019  
Data de Apresentação 22/02/2019  
Provisão Próxima Leitura 22/02/2019  
Mês 12/2018  
Mês 01/2019  
Eixo 60,00  
Mês 0,00 P

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
	144,28	27,00%	39,95	5,55	11,10	22,21	2,49	6,00	0,00
				3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
				3,20			2,49		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

408E.5EF6.C507.E769.1199.0869.E509.0788

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Pst.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
23640	26841	1,00	199	0,00	199	0,72104	144,28
24/01/19	24/12/18		31 D146		199		144,28

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

**VENCIMENTO 01/02/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$) 164,54**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Envela	53,50
Transmissão	27,71
Distribuição	60,50
Encargos Setoriais	6,18
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	40,27
<b>TOTAL</b>	<b>144,28</b>

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

255	199	215	251	289	316	282	254	278	275	232	232	239
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) 77,69	Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) 0,00

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.  
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA  
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 06.105.846-3

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

Esta é a segunda via de  
**MAI/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco:

N° DO CLIENTE  
**10025400** DV **4**

VENCIMENTO  
**25/06/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**146,81**

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 14 038000 01 0102000  
Nome NILDO QUITERIA DA SILVA  
Endereço Postal

Medidor 3223197  
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora RU PRO LISBOA RODRIGUES 01574 FATIMA II CRATEUS 63702080

RG / CPF / CNPJ 143.371.503-15  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

CGF  
Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 19772 Leitura Anterior 19608 Constante 1 Consumo (kWh) 164 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 164

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 21/05/2019  
Prev. Próxima Leitura 21/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6CEA.F800.0660.7008.B9C4.7C27.42C4.0DC3

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,16  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 18,19  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 1,73 )

Investprev Seguradora S/A  
10 JUN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

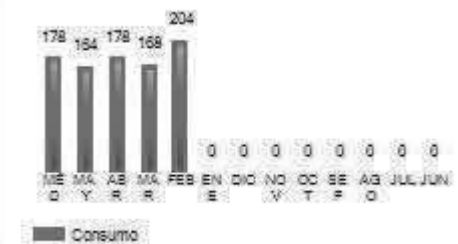
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 40,21

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

N° do Cliente: 10025400-4 N° da Nota Fiscal: 575320245 Total a Pagar (R\$): 146,81  
Data de Emissão: 31/05/2019 Referência: MAI/2019 N° de Controle: 0010025400 00004 4305 2 12

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 12 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. Investprev Seguradora S/A

<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 ADMINISTRATIVA DO BANCO CENTRAL DO BRASIL, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pelo exposto, eu NILDO BRITIERIA DA SILVA  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 43.371.503 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.445.613 / 31  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima FRANCISCO PAULAN BARROS DE MATEOS  
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 comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA PROFESSOR ZILSON RODRIGUES</u>	Número: <u>3574</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>KATIMA II</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>63.702-080</u>	Tel (DDD): <u>(88) 99968-0286</u>

Local e Data: CRATEÚS, 28/04/2019

Nildo Britieria 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	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 27/07/1990	Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS	Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA	Idade 28 Ano(s)	
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão BALCONISTA	Empresa	Cônjuge	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	Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	
Indicador de Acidente				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 05/02/2019 17:26	Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	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

Sleais  
840258

Fx em 1º pédo?  
Libero Rx

Atne

As TO

Dr. João Victor Marçal  
Médico  
CREMEC 19.066

JOAO VICTOR RODRIGUES MARCAL - CRM: 19006

Paulo Barros

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 ABR. 2019



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 033875 Atendimento 0004 Nome do Paciente FRNCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS  
Documento(s) CPF: 042.445.613-31 Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino  
Data de Nascimento 27/07/1990 Idade 28 Ano(s)  
Local CRATEUS/CE  
Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA  
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS  
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902 Bairro CIDADE NOVA CEP 63700-000 Município CRATEUS  
Profissão BALCONISTA Empresa Conjuge  
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA CPF do Responsável Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902 Município CRATEUS UF CE  
UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Sala Data/Hora Liberação 06/02/2019 09:18 Tipo de Saida Alta  
Sinais Vitais  
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 35,8 P (bpm) 96 R (mpm) 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

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames, Condutas 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

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.  
29 ABR. 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Paulo 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  
FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

Estado Civil  
Solteiro(a)

Sexo  
Masculino

Documento(s)  
CPF: 042.445.613-31

Idade  
28 Ano(s)

Data de Nascimento  
27/07/1990

Local  
CRATEUS/CE

Pai  
JOAO RODRIGUES DE MATOS

Mãe  
MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA

UF  
CE

Telefone  
88 92158138

Endereço  
RUA ANIZIO FROTA, 902

Bairro  
CIDADE NOVA

CEP  
63700-000

Município  
CRATEUS

Profissão  
BALCONISTA

Empresa

Cônjuge

Responsável  
MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA

CPF do Responsável

Endereço  
RUA ANIZIO FROTA, 902

Município  
CRATEUS

UF  
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento  
14/02/2019

Hora  
07:58

Convênio  
SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento  
ANTONIO PIERRE AGUIA NETO

CRM/UF  
3289/CE

Tipo Atendimento  
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário  
MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

Sala

Data/Hora Liberação  
14/02/2019 15:32

Tipo de Saída  
Alta

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (rpm) PA (mmHg) Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)

35,5

97

20

139 X 90

98

Glicemia (mg/dL)

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

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LUBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.  
29 ABR. 2019

Dr. Antonio Pierre Aguiar Neto  
ORTOPEDIA - ORTOMEDIA  
RUA ANIZIO FROTA, 902 - CRATEUS - CE

Assinatura Paciente/Responsável  
Assinatura: Paulo Barros

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 033875 Atendimento 0007 Nome do Paciente FRNCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS  
Documento(s) CPF: 042.445.513-31 Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino  
Data de Nascimento 27/07/1990 Idade 28 Ano(s)  
Local CRATEUS/CE  
Mãe MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA  
Pai JOAO RODRIGUES DE MATOS  
Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902 CEP 83700-000 Município CRATEUS  
Bairro CIDADE NOVA UF CE Telefone 88 92158138  
Profissão BALCONISTA Empresa Cónjuge  
CPF do Responsável Endereço RUA ANIZIO FROTA, 902 Município CRATEUS UF CE  
Responsável MARIA LUCIA BARROS OLIVEIRA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/03/2019 Hora 08:46 Convênio SUS  
Profissional de 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 (mpm) 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

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

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 CORRETOIRA DE SEC. 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 PAULCAN BARRAS DE MATOS  
CPF e/ou RG: 042 445 613-31

### 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 ESCOLIOSES EM MMIS E MMS.

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

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, AVALIAÇÃO DO ORTOPE-  
DISTA, IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam exclusivas 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 DA 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 (x) 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

31.05.19, CRATEÓIS - CE  
Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Paulcan Barras de Matos  
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
MÉDICO  
CREMEC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATOS

DOLENTIDADE / OUTROS NÚMEROS DE  
2006014132958 SSP CE

CPF  
042.445.613-31 DATA NASCIMENTO  
27/07/1990

FUNÇÃO  
JOAO RODRIGUES DE  
MATOS  
MARIA LUCIA BARROS  
OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC  
CE/MS  
AB

Nº PERMISSÃO  
06010962578 VALIDADE  
31/07/2023 1ª PASSAGEM  
24/02/2014

REMARKS  
SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador  
Francisco Paulean Barros de Matos

IDCA  
CRATEUS, CE DATA EMISSÃO  
08/08/2018

Assinatura do Emissor  
03545746514  
CE166231967

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1659612222

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1659612222

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
1. ARTEFATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **NILDO QUITERIA DA SILVA**

DOC IDENTIDADE / CATEGORIA: **788210** **ESP** **CE**

CITY: **143.371.503-15** DATA NASCIMENTO: **22/08/1956**

PRACÇÃO: **MANOEL QUITERIA DA SILVA**  
**SEBASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA**

PERMIAÇÃO: **ADG** **AD** **AD**

Nº SEQUENCIAL: **05887749837** VALIDEZ: **29/05/2023** 1ª HABITAÇÃO: **23/09/2013**

DESCRIÇÃO: **A 7**

SIGNATURA DO PORTADOR: *Nildo Quitéria da Silva*

LOCAL: **CRATIUS, CE** DATA EMISSÃO: **07/06/2018**

SIGNATURA DO EMISOR: *[Assinatura]* **13562763989**  
**CE165272627**

**CEARA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1642885980**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1642885980**

DFACAL AM BACEES GO MATAS MG PR PE

Investprev Seguradora S/A

10 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 ABR. 2019  
RABJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Investprev Seguradora S/A  
10 JUN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

DETTRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA  
Nº 014731731573  
PPT 01 1080851604 00000000000 2019

FRANCISCO PAULEAN BARROS DE MATO  
CRATEUS  
/CE

04244561331  
PLACA AIT / UF  
/CE 9C2KDOB10GR426169

PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC.  
HONDA/NXR160 BROS ESDD  
2P/OCV/162CC  
PARTIC  
PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32  
PREMIO TOTAL (R\$) 84.58  
DATA DE PAGAMENTO 11/02/2019

CRATEUS  
LOCAL  
DATA 20/02/2019

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

CE Nº 014731731573 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04244561331 PMB7341/CE

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

014731731573 43494601601  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 04244561331  
RENAVAM 1080851604  
HONDA/NXR160 BROS ES  
2015 PART 9C2KDOB10GR426169

PREMIO TARIFARIO

FAB (R\$) 36.05  
DEBUTIAN (R\$) 4.01  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.32  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

SEGURADORA LIDER - DPVAT

MOTOR: KDOB10GR426169 01346

9 ABR. 2019

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014731731573  
RECIBO CE Nº

01346  
PMB7341  
1080851604  
244840 01346



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de primeiro e quarto metatarso do pé esquerdo

**Descrição do exame físico:** Rigidez 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 termino 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\* e 4\* metatarso do pe esquerdo

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

realizado tratamento conservador, paciente com limitacao de movimento em dedos do pe esquerdo 1\* e 4\*  
alta 03/02/2019

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

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

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

rigidez articular em 1 e 4 dedo do pe 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 às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

1\* dedo do pe esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

4\* dedo do pe esquerdo

% do Dano ( X ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

---

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

---

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Dr. Idelvan Alves A. Junior  
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*

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 MATOS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de primeiro e quarto metatarso do pé esquerdo

**Descrição do exame físico:** Rigidez 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 termino 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 MATOS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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 MATOS **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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