

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238267

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238267

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

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



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 ASI:

CPF da vítima:

518 606 193 04

Nome completo da vítima:

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

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

Nome completo:

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

CPF:

518 606 193 04

Profissão:

PESCADOR

Endereço:

Av. Beira Mar

Número:

1051

Complemento:

AUTOS

Bairro:

PRAIAS

Cidade:

ORAMOCIM

Estado:

CE

CEP:

62400 000

E-mail:

Tel.(DDD):

(88) 9.9904 9064

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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: 0745

CONTA: 67 256

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

RECEBEMOS

28 MAR 2010

CNPJ 21.457.729/0001-06

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: *Oramocim 12.02.19*
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

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

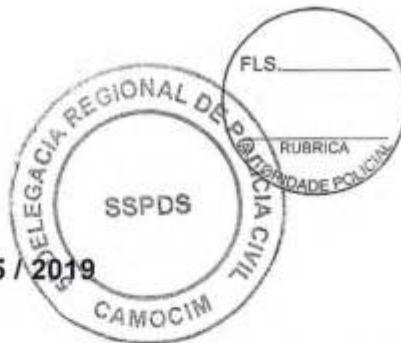


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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

Impresso nº 201964935

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 430 - 335 / 2019



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/01/2019 10:26:37**
Data / Hora da Ocorrência: **21/12/2018 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 24 DE MAIO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **FARMACIA ANANIAS**

Dados da(s) Vítima(s)

RECEBEMOS

Nome: **RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ABREU**
Nascimento: **30/04/1965** CPF: **518.606.193-04**
RG: **2005023009120** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **EXPEDITA SALOMÃO DE ARAÚJO**
EDIMILSON FERREIRA DE ARAÚJO
Endereço: **AVENIDA BEIRA MAR , 1051**
Bairro: **PRAIA**
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL**

28 MAR 2019
UF: **CE**

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

CEP:
Telefone: **(88) 8869-3002**

Dados do(s) Veículo(s)

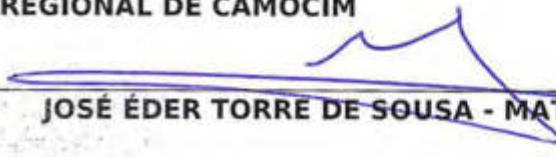
1) Placa: **POS1128** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2KD0810JR055728 Renavam: **1174482424** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AZUL** Proprietário: **ANTONIA JUNIELE CARVALHO LIMA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAÚJO, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, DE COR AZUL, DE PLACA POS1128, REGISTRADA EM NOME DE ANTÔNIA JUNIELE CARVALHO LIMA, QUANDO PERDEU O EQUILÍBRIOS DE SUA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO À UPA, ONDE DEU ENTRADA COM UMA FRATURA NO ANTEBRAÇO DIREITO E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. SALIENTA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. AFIRMA O DECLARANTE QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA ROSÂNIA BARROS DA SILVA RG 110771386 E CPF 44421648353.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1



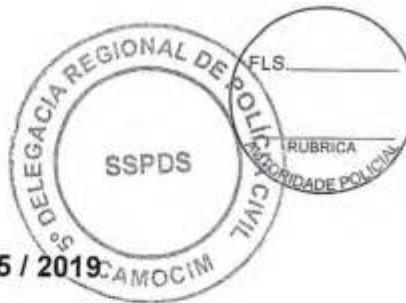
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Impresso nº 201964935



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 430 - 335 / 2019

CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Priscilla Viana Ferreira dos Anjos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.467.736/0001-06

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

51860619304 RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

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

Nome completo:

Raimundo Nonato Ferreira de Araujo

CPF: 51860619304

Profissão:

PESCADOR

Endereço:

Av. Beira Mar

Número:

1051

Complemento:

ACOTOS

Bairro:

PRAIA

Cidade:

OAMASCIM

Estado:

CE

CEP:

62400 000

E-mail:

Tel.(DDD):

(88) 9.9904 9064

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0745

CONTA: 67256

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

RECEBEMOS

28 MAR 2010

Cláudia Nobre
CIP J.21.457.720-0001-06

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: *Camocim 12.02.19*
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Raimundo Nonato Ferreira de Araujo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



1800106709	AMARELO	21/12/2018 20:49:46	FICHA DE ATENDIMENTO						CLÍNICA MÉDICA	NOTURNO
Pacientes			Data Nascimento	: Idade	CNS	CPF	Prontuário			
RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO			30/04/1965	53 A 7 M 21 D	706508326007890		00029054			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade			
Mãe				M		PARDA	CAMOCIM - CE			
EXPEDITA SALOMÃO DA SILVA		Pai				Contatos				
Endereço		NI					Ocupação			
AVENIDA - BEIRA MAR - 051 - PRAIA - CAMOCIM - CE										
Plano de saúde										
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE										
Queixa Principal		Anamnese de Enfermagem:			Temperatura	Peso	Pressão Arterial			
CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA DM E HAS		DOR EM MSD, APRESENTA LEVA ESCORIAÇÕES NA FACE.	PET ENCONTRA- SE ALCOOLIZADO		N/I	N/I	N/I			
Registrado por: ELVANDIR		Impresso por: LUCIA.HELENA								

Consulta

Anamnese Médica

PACIENTE

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Exames Complementares

Conduta

Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelia Transferência para: _____
Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/:____

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica ____/____/:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

X, _____

Carimbo e assinatura da Enfermeira

Anamnese médica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ADMITIDO NA URGÊNCIA APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGUEZ REFERINDO DOR EM MSD

Exame Físico

AO EXAME PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ TRAZIDO A UNIDADE SEM COLAR CERVICAL, REFERE USO DE CAPACETE. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, PUPILA FOTORREAGENTES, COM ESCORIAÇÕES NO CORPO E NA FACE, NÃO VISUALIZO HEMATOMA EM REGIÃO CRANIANA. DURANTE AVALIAÇÃO APRESENTA DOR, EDEMA E CREPTAÇÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Hipótese Diagnóstica

RECEBEMOS

TRAUMA

Exames Complementares

20 MAR 2019

Conduta

Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelia Transferência para: _____
Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/:____

Mariz Gacineide F. Nobre
Correção de Seguros Efet
CNPJ 21.457.729/001-86

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica ____/____/:____

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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 00000067256-7

Nr. da Autenticação AF606702D4BAC117

Nº DO CLIENTE

1400984

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 03047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 553273197

Rota 07 33000 03 290500 - 0 Data de Emissão 12/12/2018

Nome ROSANIA BARROS DA SILVA

End. Postal AV BEIRA MAR ALTOS 1051
CAMOCIM - CAMOCIM - 62400000

Medidor 23860624 Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 444216483-53 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2018	12/12/2018	10/01/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda [AQUI](#) nessa conta.

Conjunto	Out/2018	EUSD 19,30
Mês	DICR = 0,00 P	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Pedrão Individual		Apuração Individual				
			Mensal	Trimestral	Anual	Mensal			
115,17	27,00%	31,36	DIC	5,31	16,62	21,25	0,00	9,00	0,00
			FIC	3,00	6,00	13,20	1,00	6,00	0,00
			DMIC	0,00		0,37			

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lect. Atual	Lect. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 13635	13461	1,00	174	0,00	0,00	0,23367	41,81
				70	74	0,40356	26,04
						0,60067	44,46
12/12/18	10/11/18	32 DIAS	174				79,51

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,90
MULTA MORATORIA REF 09/2018	1,42
JUROS DO MES	0,27
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,43

VENCIMENTO	10/01/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	91,53
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	0,74
Transmissão	1,00
Distribuição	1,00
Encargos Setoriais	4,77
Tributos (IOMS PIS/COFINS)	32,70
TOTAL	89,54

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
166	174
171	139
139	148
148	143
143	139
139	171
171	171
171	215
215	180
180	166
166	176

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg CO₂ | Compensado kg (CO₂) | Colaboração Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM TESTE AUTÔMICO 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

Consta desta fatura R\$ 1,34 referente a PIS e COFINS. As taxas: PIS:0,44% e COFINS:0,72%
(Art. 9 Réa. 188-2005 - ANEEL - Ed. n. 10.637/02 + 10.800/03)

Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor da enervia a ser repassado para o
consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.733/0001-06

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)
 Capital 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mecido Torquato Loureiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 310501233 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Renato Ferreira de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 518006193 / 04
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raimundo Renato Ferreira de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 518006193 / 04, 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>R. J. João Thomé</u>	Número:	<u>1120</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Camocim</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>62400 000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 9.99049064</u>

Local e Data: Camocim 12.02.19

Adriana M. C. Loureiro

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

28 MAR 2019

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 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

Eu, Antonina juniele laranhalo lima

RG nº 20072772586, data de expedição 22/04/09

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 058 63 0283 27,

com domicílio na cidade de camocim, no Estado de

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

Rua Senatur, nº 157,

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

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

Raimundo Norato Firmeza de Souza, cujo o condutor era

Raimundo Norato Firmeza de Souza.

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA NXR 160 Bros Ano: 2018

Placa: P05-1128 Chassi: 902KD0810J12055728

Data do Acidente: 21/12/18



Local e Data: camocim 28.01.19

Antonina juniele laranhalo lima

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.730/0001-06



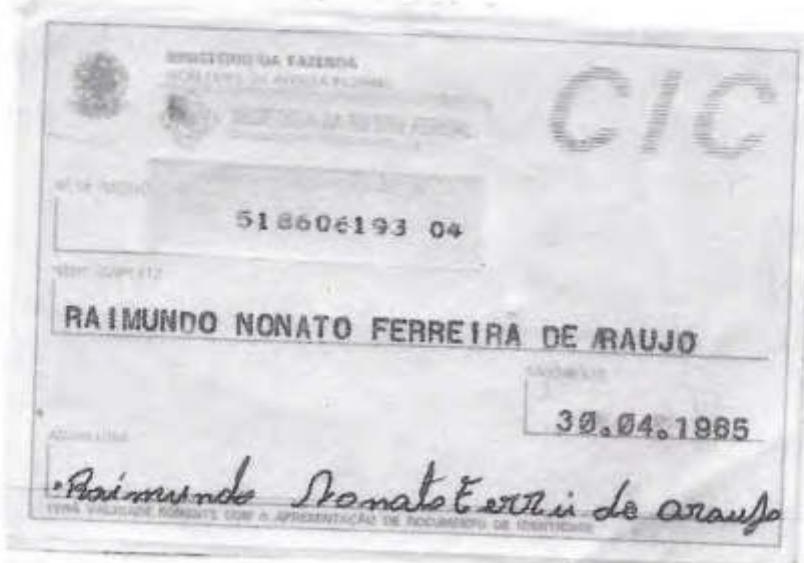
Autentificado



RECEBEMOS

20 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.733/0001-06





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
310.501.233-87

Nome
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Nascimento
02/07/1964

CÓDIGO DE CONTROLE
B800.C760.F8D4.49F4



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:39:27 do dia 23/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
DATA	26/07/2016
Nº	2016203932 - 2
CEP	59720-00
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO	
José OSNAR LOPES	
MARIA DALISMA MACEDO LOPES	
CANDELIN - CE	
02/07/1964	
CNPJ - CASAMENTO - CARTÃO: 1 OFÍCIO VENHO: 754 FOLHA: 30 LIVRO: 3	
01 CANCELH - CE	
RS: AUT: 90750605 P.1 79	
1 VIA	
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO	



RECEBEMOS

28 MAR 2019

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

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros E.I.E.
CNPJ 21.527.745/0001-11

CE N° 014058556958		BILHETE DE SEGURO DPVAT
2018		
05863028327		P051128
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		
014058556958		31865459362
EXERCÍCIO 2018		
DATA EMISSÃO 12/12/2018		
MA	CPF / CNPJ	PLACA
01	05863028327	P051128
RENAVAM	MARCA / MÓDELO	
2174482424	HONDA / NXR 160 Bros ESDD	
ANO FAB	DATA FAB.	NP CHASSI
2018	09	9G2KD08L0JR055728
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DOENÇA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEGUROADO (R\$)
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> DOTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO 00,00 / 0000
SEGURADORA LIDER DPVAT LOTE / DOCUMENTO: 00000000000000000000 MOTOR: KD055100000000000000 <small>2018-10-06 07:00:000000-04</small>		

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel:(88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Raimundo Nonato Ferreira de Souza

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado

RG: 2005023009120 SSP/ CE e CPF: 51860619304

Residente na Rua: Av. Bento Marques 1051 de nº 1051

Bairro: Praia Cidade: Tamandaré Estado: Pernambuco

CEP: 62400 000 Profissão: Pescador

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados ,ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Lameiras - 28 de janeiro de 2019



Brinando verano: Festejos de Abril

RECEBEMOS

28 MAR 2019

REC DIA 28 JAN 2018		2º OFÍCIO DE CAMOCIM - CE
Assinado por Autenticidade (firmais) de		
<i>Kelvynny Ribeiro</i>		
<i>Demora de mandos</i>		
		28 JAN. 2018
Em testemunha da verdade		<i>Edilson Ferreira</i>
MANUEL VALENTIN CRISTEIRDO NETO - TABEIAO		2º Ofício CAMOCIM - CE

DECLARAÇÃO

Eu RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO RG 2005023009120

CPF 51860619304 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 21/12/18 fui socorrido por _____

E levado ao hospital 30 MUNICÍPIO _____

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.736/0001-06

Local: Lamain 12.02.19 UF 1 Data / /

Declarante: Raimundo Nonato Ferreira de Araujo



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL POLÍCIA CIVIL
CAMOCIM - CEARÁ

CERTIDÃO

JOSÉ LUIS DE MATOS PEDROSA, Escrivão de Polícia civil, matrícula nº 197.409-1-9, com exercício funcional nesta Delegacia Regional de Polícia de Camocim-CE, no uso de suas atribuições legais...

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada e para os devidos efeitos e fins legais, que esta 5º. Delegacia Regional de Polícia Civil, sediada na cidade de Camocim-CE, circunscrição que compreendem os municípios de CHAVAL, BARROQUINHA, CAMOCIM, GRANJA, MARTINÓPOLE, URUOCA e SENADOR SÁ, não dispõe de Instituto Médico Legal-IML, ficando os EXAMES DE CORPO DE DELITOS a cargo do IML de Sobral-Ce. Também CERTIFICA que nesta circunscrição policial não há SAMU, CORPO DE BOMBEIROS e "ANJOS DO ASFALTO". Dou fé.

Cartório da 5ª Delegacia Regional de Polícia Civil em Camocim-CE,
quinta-feira, 26 de fevereiro de 2015.

JOSE LUIS DE MATOS PEDROSA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT.: 197.409-1-9

Raimundo Viana Ferreira de Araújo
INTERESSADO

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.730/0001-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento do dia 21/12/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos fisioterápico e cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos. Considerando a evolução clínica da lesão decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração do mecanismo radio-ulnar e redução da amplitude de movimentos. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente no punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau intenso, em razão da alteração do mecanismo radioulnar redução da amplitude de movimentos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 8.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 8.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nonato Fávaro de Araujo, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: Pescador, portador (a) do RG 2005023009120, órgão expedidor: SSB CE
e do CPF: 51860619304, residente no (a): Pv. Bona Vida
nº 1051, bairro: Praia, município: Lemium AC

OUTORGADO:

Nome: Andréia Mendes Soares Souza, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: professora, portador (a) do RG 20162039322, órgão expedidor: SSPCE
e do CPF: 31050123387, residente no (a): R. Dr. João Teixeira
nº 1120, bairro: Centro, município: Lamim

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

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



Assinatura do(a) autoridade de Arquivo

Assinatura do autorizante

Sintetizada

Local e data. Lamécim 28.01.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel:
CNPJ:21.487.759/0001-05

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105817/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAU

CPF: 518.606.193-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO : 518.606.193-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO
CPF: 310.501.233-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190238267**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a): **av beira mar, 1051 Camocim/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP/CE / 2005023009120**

Data e local do acidente: **21/12/2018 - Camocim/CE**

Data e local do exame: **18/04/2019 - Sobral/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do rádio distal direito.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento fisioterápico e cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau intenso, em razão da redução da amplitude de movimentos.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

(**)** "Vítima em tratamento"

(**)** "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.

Punho Direito - Intenso - 75%

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


Dr. Greine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e Calígrafia do médico