

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180187157 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 25/02/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. INTERNADO EM CTI POR 02 DIAS. APRESENTOU NA TOMOGRAFIA CONTUSÃO CEREBRAL. EVOLUIU SATISFATORIAMENTE COM REDUÇÃO DO EDEMA. MESES APÓS A LIBERAÇÃO AMBULATORIAL RETORNOU AO MESMO COM QUEIXAS DE DISARTRIA E CEFALÉIA INTENSA, ALEM DE DEFICIT DE EQUILIBRIO. FICOU DIAGNOSTICADO LESÃO DO 1º NEURÔNIO MOTOR POR COMPRESSÃO PELO HEMATOMA. APRESENTA DISCRETO DEFICIT DE EQUILIBRIO E COORDENAÇÃO DA ESCRITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/05/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

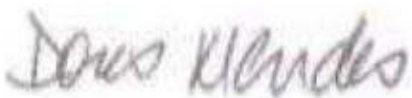
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Carlos Jean Oliveira Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2008737443-3

CPF: 081.043.033-92

Endereço: Rua do Aeroporto João de Deus, 1884

Bairro: Zona Rural

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Francisco Nonato dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2004030010563

CPF: 794.305.033-91

Endereço: Sítio Peixe

Bairro: Zona Rural

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

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 e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, declaração de ausência de laudo de IML, autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório-DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

Local e Data: Russas/Ce, 22 de Dezembro de 2017.

Y. CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA, brasileiro, solteiro, residente em Russas, sexta-feira, 22 de dezembro de 2017 - 08:28h. Em Testemunho da verdade, *Luciana Silva Oliveira*, Escrevente Autorizada, VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE. Selo(s): CN-93516 - CARTÓRIO HERCULES AGUIARIAN-2) OFÍCIO DE RUSSAS/CE. Fone/Fax: (88) 3411.0107-Av. Dom Lino-1140-Centro.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Carlos Jean Oliveira Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2008737443-3

CPF: 081.043.033-82

Endereço: Rua do Aeroporto João de Deus, 1884

Bairro: Zona Rural

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Francisco Nonato dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2004030010563

CPF: 794.305.033-81

Endereço: Sítio Pexa

Bairro: Zona Rural

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, declaração de ausência de laudo de IML, autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório-DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

Local e Data: Russas/Ce, 22 de Dezembro de 2017.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

INVESTPREV SEGURADORA S/A
 Rua 74, Fátima, CEP: 01155-000, São Paulo, SP
 CNPJ: 06.940.888/0001-00
 INSC. EST. SP: 06.940.888-00
 INSC. MUN. SP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RJ: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MG: 06.940.888-00
 INSC. FISC. GO: 06.940.888-00
 INSC. FISC. DF: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AC: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AM: 06.940.888-00
 INSC. FISC. BA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. CE: 06.940.888-00
 INSC. FISC. ES: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MT: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MS: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PB: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PI: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PR: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RJ: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RN: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RO: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RR: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RS: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SC: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SE: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. TO: 06.940.888-00
 INSC. FISC. TR: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AC: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. AM: 06.940.888-00
 INSC. FISC. BA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. CE: 06.940.888-00
 INSC. FISC. ES: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MT: 06.940.888-00
 INSC. FISC. MS: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PA: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PB: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PI: 06.940.888-00
 INSC. FISC. PR: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RJ: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RN: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RO: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RR: 06.940.888-00
 INSC. FISC. RS: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SC: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SE: 06.940.888-00
 INSC. FISC. SP: 06.940.888-00
 INSC. FISC. TO: 06.940.888-00
 INSC. FISC. TR: 06.940.888-00



INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.043.033-92

Nome completo da vítima

Carlos Jean Oliveira Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlos Jean Oliveira Ferreira	CPF titular da conta 081.043.033-92	Profissão agricultor
Endereço Rua do Aeroporto João de Deus	Número 1884	Complemento casa
Bairro Zona Rural	Cidade Rumos	CEP 62900-000
Email jeffersonvolney@hotmail.com	Estado Ceará	Telefone (DDD) (88)9.9927-6677/9.8886-4675

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
 Nome NRO
 Bradesco

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rumos 16 de Maio de 2018
 Local e Data

Carlos Jean Oliveira F.
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180187157**

Vitima: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

Data do Acidente: **25/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO NONATO DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180187157**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12726862



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nº Sinistro: 3180187157
Vitima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 25/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180187157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

Sinistro: **3180187157**
Vítima: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
Data do Acidente: **25/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCO NONATO DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180187157** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Carta nº 12830490

A/C: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180187157 ASL-0146550/18
Vitima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data Acidente: 25/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12893429

A/C: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180187157
Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 25/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **237**

Agência: **000000696-3**

Conta: **0000030511-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3180187157**
Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R AEROPORTO JOAO DE DEUS nº 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20087374433 - SSP**
Data e local do acidente: **25/02/2017 RUSSAS/CE**
Data e local do exame: **16/05/2018 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO .INTERNADO EM CTI POR 02 DIAS.APRESENTOU NA TOMOGRAFIA CONTUSÃO CEREBRAL. EVOLUIU SATISFATORIAMENTE COM REDUÇÃO DO EDEMA.MESES APÓS A LIBERAÇÃO AMBULATORIAL RETORNOU AO MESMO COM QUEIXAS DE DISARTRIA E CEFALIA INTENSA , ALEM DE DEFICIT DE EQUILIBRIO; FICOU DIAGNOSTICADO LESÃO DO 10 NEURONIO MOTOR POR COMPRESSÃO PELO HEMATOMA.

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

APRESENTA DISCRETO DEFICIT DE EQUILIBRIO E COORDENAÇÃO DA ESCRITA;

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.043.033-92

Nome completo da vítima

Carlos Jean Oliveira Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlos Jean Oliveira Ferreira		CPF titular da conta 081.043.033-92	Profissão Desenvolvedor
Endereço Rua do Aeroporto João de Deus		Número 1834	Complemento Casa
Bairro Zona Rural	Cidade Rumos	Estado CE	CEP 62900-000
Email jeffersonvolney@hotmail.com			Telefone (DDD) (88)9.9927-6677/9.8888-4675

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 VBradesco 237
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 0696 3 878069 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rumos/CE, 27 de Dezembro de 2017
 Local e Data

Carlos Jean Oliveira Ferreira
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL () 084.043.033-92	CPF da vítima 084.043.033-92	Nome completo da vítima Carlos Jean Oliveira Ferreira
---	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO, BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	
Nome completo Carlos Jean Oliveira Ferreira Endereço Rua da Aeronáutica, 1000 - Jd. Pires Bairro Zona Rural Cidade Rurópolis Email Jeffersonvolney@hotmail.com	CPF titular da conta 084.043.033-92 Número 1384 Estado PR Profissão Agricultor Complemento Casa CEP 62200-000 Telefone (DDD) (88) 9.9827-8577/9.8356-4675

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) - BRASECO (237) - BANCO DO BRASIL (001) - ITAU (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancas) BANCO Nome Bradesco Agência 0696 DVF 13 Info: marclio@bradesco.com.br	HAD 1237 COMTA HED 878069 DVF 2 Info: marclio@bradesco.com.br
--	---	--

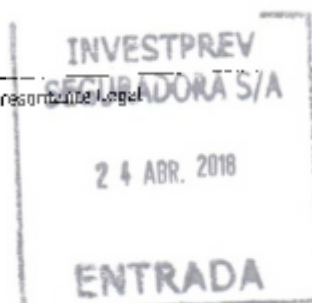
Informe se possui conta em outro banco: () Sim () Não

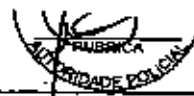
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Muritiba, 27 de Dezembro de 2017
Local e Data

Carlos Jean Oliveira Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 18:23:57**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2017 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO**
Complemento:
Bairro: Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **AEROPORTO**

Noticiante(s)

Nome: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
Nascimento: **18/08/1994** CPF:
OUTROS: **22417** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA**
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884**
Bairro: **AEROPORTO** CEP: **62.900-000**
Município: **RUSSAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99438-1542**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MYZ7221** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC08108R355971 Renavam: **128671491** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** CREV
AZUL Proprietário: **RENATO DE OLIVEIRA MACIEL** Situação: **ENTRADA**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO** SEGURADORA S/A

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou, o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANSELMO FERREIRA DE MATOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Carlos Jean Oliveira Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A) : João Carlos

3180 038 823



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 18:23:57**
 Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2017 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **RUSSAS/CE**
 Ponto de Referência: **AEROPORTO**

Noticiante(s)

Nome: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
 Nascimento: **18/08/1994** CPF:
 OUTROS: **22417** Órgão Emissor:
 Filiação: **MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA**
MANOEL FERREIRA NETO
 Endereço: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884**
 Bairro: **AEROPORTO** CEP: **62.900-000**
 Município: **RUSSAS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99438-1542**

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAR. 2018
 UF:

ENTRADA

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MYZ7221** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC08108R355971 Renavam: **128671491** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano:
 Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **RENATO DE OLIVEIRA MACIEL** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou e o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANSELMO FERREIRA DE MATEOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A):

Is. Ch. r.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4958 / 2017

JOSE GUTEMBERG MOREIRA SOUSA - MAT.: 300545-1-2


Anselmo Fernandes Matos Junior
Escritório Policia Civil
Mat 134003-1-5





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 20/12/2017 18:23:57
Data / Hora da Ocorrência: 25/02/2017 17:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO
Complemento:
Bairro: Município: RUSSAS/CE
Ponto de Referência: AEROPORTO

Notificante(s)

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nascimento: 18/08/1984 CPF:
OUTROS: 22417 Orgão Emissor: UF:
Filiação: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884
Bairro: AEROPORTO CEP: 62.900-200
Município: RUSSAS/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 99438-1542

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: MYZ7221 UF: CE Município: RUSSAS Chassi:
9C2K008108R335971 Renavam: 122671491 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano
Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:
AZUL Proprietário: RENATO DE OLIVEIRA MACIEL Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou e o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANSELMO FERREIRA DE MATEOS JÚNIOR - MAT.: 134033-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Carla, 2008 Oliveira F. E. Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): João

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

Impresso em: 20/12/2017 15:33:48

24 ABR. 2018

ENTRADA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4958 / 2017

JOSE GUTENBERG MOREIRA SOUSA - MAT.: 300545-1-2

[Handwritten signature]
Anselmo Roberto de Menezes Junior
Delegado Policia Civil
Mat 134003-1-B

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Impresso em: 22/08/2018 14:08:53

24 ABR. 2018

ENTRADA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Carlos Jean Oliveira Junior

CPF da Vítima

081.043.033-92

Data do Acidente

25/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

jeffersonvolney@hotmail.com

Telefone (DDD)

(88)9.9927.6677/9.88864675

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maracá, 27 de Setembro de 2017
Local e Data

Carlos Jean Oliveira Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Carlos Jean Oliveira Junior

CPF da Vítima

1.031.043.033-92

Data do Acidente

25/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

jeffersonvolney@hotmail.com

Telefone (DDD)

(88) 9.39276677/9.88864676

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

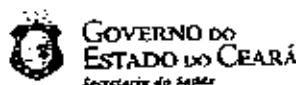
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas do Seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Assinatura 27 de Dezembro de 2017
Local e Data

Assinatura do Beneficiário
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

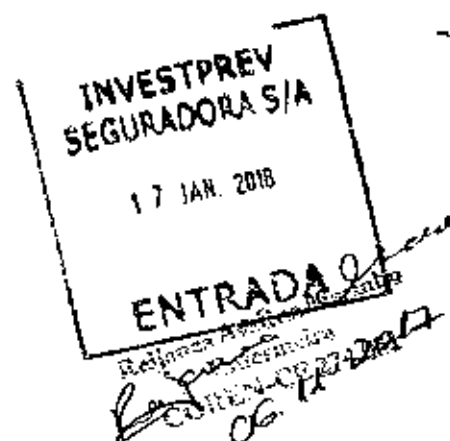


CERTIDÃO NARRATIVA


CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao **Sr. CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**, portador do RG 2008737443-3 inscrito no CPF 081.043.033-92, no dia 25/02/2017, às 17h35, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 06 de Outubro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado ao Cartório pela parte interessada, em 06/11/2017, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Em testemunho da verdade,  Eliane de Freitas Maia, Escrevente Registrada, do Cartório.

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

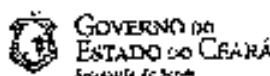
Selo(s): HN-337501 - CARTÓRIO HERCULES ASHIANIAN - 1º OFÍCIO DE 1ªª

RUESSAS/CE

Fone/Fax: (68) 3411.0107 - Av. Dom Lino-1140 - Centro



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434




CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**, portador do RG 2008737443-3 inscrito no CPF 081.043.033-92, no dia 25/02/2017, às 17h35, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ass. Cristine Medeiros Silva, Ass. Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 06 de Outubro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Recebido em 06/10/2017
Ass. Cristine Medeiros Silva
06/10/2017


[Faint, illegible text]



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 39 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fonet: (85) 3435 7434

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00696-3

CONTA: 000000030511-1

Nr. Autenticação

BRABESCO2505201805000000000023700696000000030511135000 PAGO



Nº DO CLIENTE
7386471-4
Para regular seu atendimento, confira 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 07.042.511/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 502167852
Nota 36 25005 73 040000 - 4 **Data de Emissão** 23/11/2017
Nome FRANCISCA ELIANE OLIVEIRA FERR FERNANDES
End. Postal RU DO AEROPORTO JOAO DE DEUS 01854
- RUSSAS - 62900000

Modificador 6929474
Classe 04-RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 019933193-60
Nome da Responsável

Posta 0000 0000
Fator da Potência 0,00
CGF

DATAS

Mês da Referência Nov/2017
Data da Apresentação 23/11/2017
Previsão Próxima Leitura 22/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 8,00%
Mês Set/2017
Indicador 0,00%
Valor USD 27,25

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 0,00
Alíquota 0,00%
Valor de Imposto 0,00

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,15	15,45	26,75	0,00	0,00	0,00
FIC	3,70	6,40	12,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	1,85			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

JEET, MES, 0002, 0111, 0002, 0000, 0004, 2017

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
41880	41711	1,69	169	169	0,00	0,32007	54,08
20/11/17	24/10/17		169	169			65,08
VALOR (R\$)							65,08
VALOR CONSUMO DO MES							37,03
QUOTA PARCELAMENTO 2/6							3,70
CUSTOS ADMINISTRATIVOS IZZI 2/6							96,01
COB. CREFAZ 0800 052 5051 3/3							
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,00)							

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	31,16	161	166
Transmissão	3,11	159	173
Distribuição	2,11	156	161
Energia Social	0,00	154	161
Tributos (ICMS FISCAL/INSS)	2,50	161	154
TOTAL	35,85	161	150
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)		161	150
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		161	150
Emissão kg (CO ₂)	71,75	161	150
Compensação kg (CO ₂)	0,00	161	150
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO		CONTAS EM ATRASO	
		CONTAS ANTERIORES	

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | N° 498192846
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60735-040 - Fortaleza-CE
CNPJ 07017251/0001-70 | CGF 06105 648 3

Atividade
Código



Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

6157926 2

01/12/2017

67,12

DADOS DO CLIENTE
Rota 36 025005 74 076000 Medidor 10933925 Poste 0000 0
Nome FRANCISCO NONATO DOS SANTOS
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PETXE RUSSAS 62900000

RG / CPF / CNPJ 794.305.033-91 CGF
Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
16227	16064	1	163	0	163

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo faixa 0-30 Kwh	163	0,39192	62,25

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação	Prev. Próxima Leitura
23/11/2017	23/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

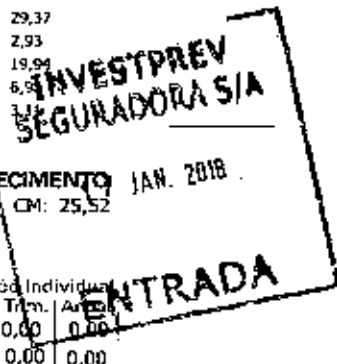
10EQ.E498.18F3.A881.E00D.CCAD.FD95.D954

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	29,37
TRANSMISSÃO	2,93
DISTRIBUIÇÃO	19,94
ENCARGOS SETORIAIS	6,94
TRIBUTOS (TOM, PIS/COFINS)	

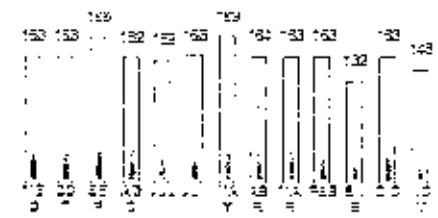


ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,52
Conjunto RUSSAS I
Mês AGO/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trm. Anual	Apuração Individual Mensal	Trm. Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00
DMIC (h)	2,94		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

* PARA DIMINUIR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICAMENTE UTILIZE
O VALOR DO CLIENTE SEGURO DO SEU VOUCHER.

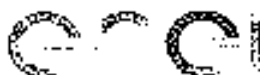
NÃO LIGE PORQUE O SEU LIGANTE É O SEU LIGANTE
NÃO LIGE PORQUE O SEU LIGANTE É O SEU LIGANTE

Nº do Cliente: 6157926-2 Nº da Nota Fiscal: 498192846 Total a Pagar (R\$): 67,12
Data de Emissão: 14/11/2017 Referência: OUT/2017 Nº do Controle: 0006157926 00041 4342 2 61

83830000000-4 67120031000-0 00061579260-0 00414342200-9



ENTRADA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B [Série B 4] Nº **498192846**

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeuino, 150 - CEP 60150-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 03.305.848-3

A conta é emitida pela Companhia Energética do Ceará em 12-435 de 28, de 11-11-2017

Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que emitir um boleto bancário

6157926 at. **2**

01/12/2017

57,12

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo Faturado 0-30 kWh

End. da Unidade Consumidora **PEIXE RUSSAS 6290000**

RG / CPF / CNPJ **794.305.033-91** CGF

Classe **URBANA, MONOFASICA, BAIXA TENSÃO**

Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Consumo ☐ Consumo (KWh) ☐ Consumo Incl. ☐ Consumo Trânsito ☐

16227 **16064** **1** **163** **0** **163**

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

163 **0,38552** **62,29**

DATA DE LEITURA

Data da Emissão/
Apresentação

Prov. Próxima
Leitura

23/11/2017

23/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1001.5488.18F3.A881.E03D.CC4D.F095.D954

ICMS 330003

Base de Cálculo (R\$)
ISENTO

Alíquota

Valor da Imposta

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,37
TRANSMISSÃO	7,08
DISTRIBUIÇÃO	13,94
ENCARGOS SETORIAIS	4,50
TRIBUTOS (ICMS, PIS-COFINS)	5,11

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

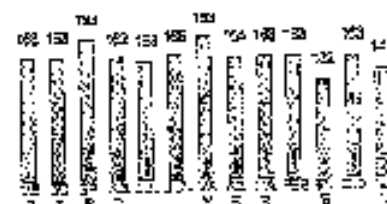
Veja o logotipo no verso desta conta. CM: 25,52

Conjuntos **RUSSAS I**

Mês: **AGO/2017**

ÍNDIC. INI	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trím.	Mensal	Trím.
5,19	10,30	20,77	0,00	0,00
3,30	6,60	13,20	0,00	0,00
2,94			0,00	

FACTOR DE CONSUMO (últimos 12 meses)



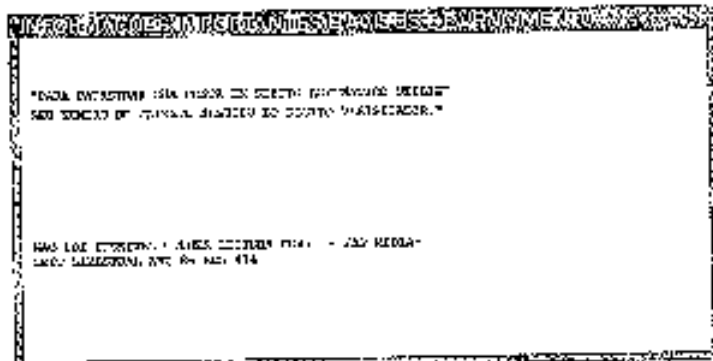
163

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Compensação Ecológica (%)

0,00 **0,00** **100,00**



"NÃO EXISTE NENHUMA INFORMAÇÃO SOBRE O SEU CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA. SEU CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA NÃO FOI REGISTRADO."

PARA LER O QR CODE, BAIXE O APP DO CELULAR E ESCANEIE O QR CODE.

Atendimento ao cliente

Nº da Cliente: **5157926-2** Nº da Nota Fiscal: **498192846** Total a Pagar (R\$): **67,12**
Data de Emissão: **14/11/2017** Referência: **OUT/2017** Nº de Controle: **0006157926 00041 4342 1 51**

35330000000-4 27120030000-0 40061579260-0 00414342280-9



INVESTPREV
SEGURODORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Nonato dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.305.033 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Jorge Oliveira Ferreira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz
Carlos Jorge Oliveira Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92
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		Número	Complemento
Peixe		S/N	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Peixe	Russas	Ceará	62.900-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
jeffersonvolney@hotmail.com		(88) 9.9927-8677	(88) 9.8886-4675

Russas/CE 15 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Francisco Nonato dos Santos
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Renato de Oliveira Maciel,

RG nº 2007901386-9, data de expedição 05 / 04 / 2016,

Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 063.145.423-32, com

domicílio na cidade de Russas, no Estado de

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

Sítio Peixe, nº S/N,

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

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

vítima Carlos Jean Oliveira Ferreira, cujo o condutor era

Carlos Jean Oliveira Ferreira.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/ CG 150 TITAN KS

Ano: 2008/2008

Placa: MYZ 7221

Chassi: 9C2KC08108R355971

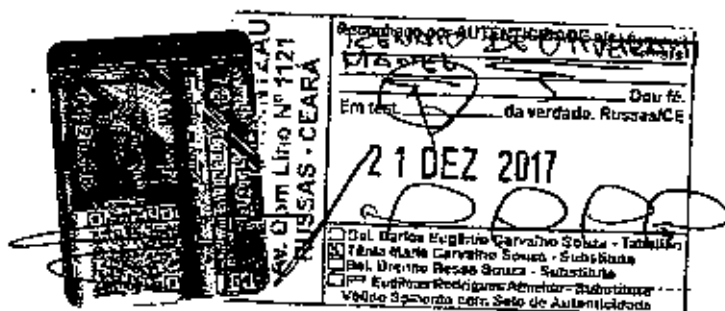
Data do Acidente: 25/02/2017

Local e Data: Russas/Ce, 21 de Dezembro de 2017.

Renato de Oliveira Maciel
Assinatura do Declarante

Carlos Jean Oliveira Ferreira

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Renato de Oliveira Macedo,
 RG nº 2007901388-9, data de expedição 05 / 04 / 2016,
 Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 063.145.423-32, com
 domicílio na cidade de Russas, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Pelve, nº S/N,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Carlos Jean Oliveira Ferreira, cujo o condutor era
Carlos Jean Oliveira Ferreira.

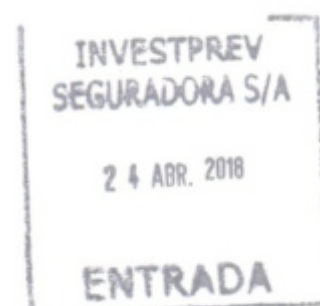
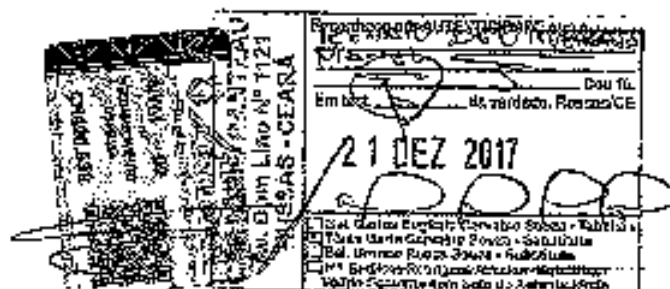
Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
 Ano: 2008/2008
 Placa: MYZ 7221
 Chassi: 9C2KC08108R355971
 Data do Acidente: 25/02/2017
 Local e Data: Russas/CE, 21 de Dezembro de 2017.



Renato de Oliveira Macedo
 Assinatura do Declarante

Carlos Jean Oliveira Ferreira

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





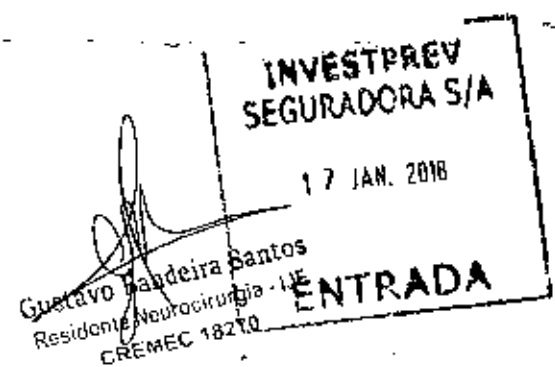
ATESTADO MÉDICO

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 23 anos, vítima de acidente de moto no dia 25/02/17. Foi admitido no IJF inconsciente. Permaneceu internado na UTI até 27/02/17. TC de crânio da admissão evidenciou contusão frontal E, optado por tratamento conservador. Evoluiu bem na enfermaria com regressão da lesão nos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar dia 15/03/17. Retorna ao ambulatório com queixa de tontura, desequilíbrio e dificuldade na marcha. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, marcha atáxica, disártrico. Nega uso de medicações específicas. Alta ambulatorial.

CID-10: S-06.9

FORTALEZA, 24 DE OUTUBRO DE 2017.





HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



25/02/2017 17:50:32 1700187195 GUIA DE: ☒ ATENDIMENTO ☒ OBSERVAÇÃO - DIURNO - 36

Paciente: 00087643 - CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA DN: 18/08/1994 - 23 A 2 M 2 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
 Idade: 20087374433 - SSP-CE Raça/Cor: Parda - CPF: 081.043.033-92 Ocupação: AGRICULTOR
 Endereço: RUA - DO AEROPORTO - 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: RUSSAS - CE
 Contato: (88) 99321-1750 Mãe: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA Pai: MANOEL FERREIRA

Convênio: SUS - SUS Carteira: NETO Validade:
 Autorização: Sisprenatal: CNS: 203642339280003 Caráter Atend.: URGÊNCIA
 Motivo: URGÊNCIA / EMER Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Profiss. Atend.: NILSON Setor: EMERGÊNCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)
 Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 90x60 mmHg. D. X.: SAT: 98% FC: 124 bpm
 Classificação de Risco: ☒ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

paciente com dor no tórax
 pulmonar isocorônica

FR: 20 bpm
 Glorioso: 08

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TC

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIO-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECO ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

SIL 1000 ml	(19:30) (19:30)	Pot vítima de
Paracetamol 05 ml	18:45h	acidente motor
Succinil 01 ml	18:55h	rodoviário
Succinil 01 ml + Uropi Paracetamol 20 mg	19:35h	
Succinil	21:15h	

CONDIÇÃO:

☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA

☐ AMBULATÓRIO

☐ ALTA A PEDIDO

☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)

☐ ALTA A REVELIA

☐ INTERNAÇÃO

☒ TRANSFERÊNCIA PARA: JF

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 25 / 02 / 2017 22:10

Assinatura

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

01 NOV 2017

CARTÃO
 AV. DE
 RUSSAS



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota

Rua Barão do Rio Branco 1816

Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA		
Sexo: M	Internação: 02/03/2017	Alta Neurocirúrgica: 15/03/2017
Diagnóstico: TCE		
Prontuário: 5496365	GOS-E: 6	Tratamento conservador de TCE

Evolução Clínica:

Paciente, 22 anos, vítima de acidente de moto em 25/02/17, foi admitido no IJF inconsciente. Ficou na UTI até 27/02/17, quando foi transferido para SR. TC de crânio da admissão com contusão hemorrágica frontal E, optado por tratamento conservador. Encaminhado a enfermaria da neurocirurgia em 03/03/17. Evoluiu bem, com regressão da lesão. Caso discutido com STAFF (Dr. João Antonio), orientada alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial.

Resultado de Exames:

TC de crânio (26/02/17): diminuta hiperdensidade focal frontal E, sugestiva de foco hemorrágico.

TC de crânio (28/02/17): regressão da lesão.

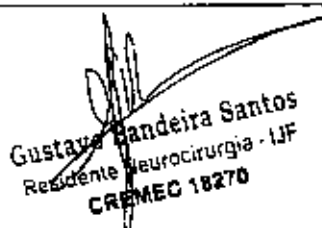
TC de crânio (08/03/17): controle satisfatório.

Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame: acordado e pouco desorientado, mobilizando os 4 membros. Sem queixas.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vinícius – terças e quintas.
- 30 dias de repouso em domicílio
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Fortaleza, 15 de Março de 2017.

INVESTIPREV
SEGURO S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nada maior é o cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ACS = GRACA

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **ELSON GILSON OLIVEIRA FORTES** Inscrição Nº

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **18/08/94** Ocupação:

Endereço: **Corumbá** Fone: **(88) 9240-0988**

Motivo do Encaminhamento:

Do Corumbá Histórico de TCE há 1 ano
Resultado de Exames: **Realizado FALTA DE EQUIPAMENTO para**
Dificuldade na PAU e vida nova.

Impressão Diagnóstica: **TCE Basso**

Victor Ramon Vieira
MEDICO
CREMEC 15800

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência:

Procedimento: Profissional: **Neurologista**

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

INVESTPREV
SEGUROADORA S/A
17 JAN. 2018
ENTRADA



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ESF PEIXE

CNES 1312574

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: Carlos Luis Oliveira Fereira Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: 23 anos. Histórico de acidente de

moto PEV/17, lesão cerebral; tendo ficado

Resultado de Exames: internado, evoluindo após acidente com
perda, dego, redução da força e sensibilidade de em
diminuído. Direto. Ref. apresenta dificuldades pr

Impressão Diagnóstica: decomulso

Muriel Alencar Barbosa

MÉDICO

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência: Centro de Reabilitação

Procedimento: Fisioterapia Motora

Profissional: Fisioterapeuta

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ratoalho, 1438 - Centro
Russas / Ceará



25/02/2017 17:50:32 1700187195 GUIA DE: () ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - DIURNO - SB

Paciente: 00087643 - CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA DM: 18/04/1984 - 23 A 2 M 2 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)

Identidade: 20087374433 - SSP-CE Raza/Cor: Parda - CPF: 081.643.033-92 Ocupação: AGRICULTOR

Endereço: RUA - DO AEROPORTO - 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE CEP: 82.906-000 Nat: RUSSAS - CE

Contato: (88) 99321-1750 Mãe: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA Pai: MANOEL FERREIRA

Convênio: BUS - SUS Carteira: NENHUMA Validade:

Autorização: Situação: CNB: 2036423582R003 Caráter Atend: URGÊNCIA

Motivo: URGENCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA Profiss. Atend: NILSON Setor: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C Pressão: 90X60 mmHg. D. X.: — SAT 98% FC: 119 bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO (X) LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Doença crônica de 6 meses de
pulmas isocorônicas pulmonares.

FR: 30 bpm
Glasgow: 08

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

ICE

EXAMES COMPLEMENTARES

() RAIOS () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APAZAMENTO

EVOLUÇÃO

SRL 1000 ml	17:30	18:30	Pot vítima de
FENTANI 05 ml	18:45	19:55	acidente moto-
Succin 0,5 g			ciclístico
DOT	n 7,5		Dr. Wilson Mendes de Lima
SG 80 ml + 0,2mg Fentani, 20mg	19:55		Enfermeira
SVD	n 19	21:15	COREN/CE: 344.281
			CEL: 14400000664

CONDIÇÃO:

() ALTA POR DECISÃO MÉDICA

() AMBULATÓRIO

() ALTA A PEDIDO

() OBSERVAÇÃO (Máx 24 Horas)

() ALTA A REVELIA

() INTERNAÇÃO

(X) TRANSFERÊNCIA PARA: JF

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 28 / 04 / 2017 22:10

OBS:

Autos do 1º Atendimento? () SIM () NÃO

Destino: () Família () JML () Análise

() Análise

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Wilson Mendes de Lima
CRM: 955.583

Carimbo e Assinatura do Médico

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

ATESTADO MÉDICO

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 23 anos, vítima de acidente de moto no dia 25/02/17. Foi admitido no UF inconsciente. Permaneceu internado na UTI até 27/02/17. TC de crânio da admissão evidenciou contusão frontal E, optado por tratamento conservador. Evoluiu bem na enfermaria com regressão da lesão nos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar dia 15/03/17. Retorna ao ambulatório com queixa de tontura, desequilíbrio e dificuldade na marcha. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, marcha atáxica, disártrico. Nega uso de medicações específicas. Alta ambulatorial.

CID-10: S-06.9

FORTALEZA, 24 DE OUTUBRO DE 2017.


Gustavo Fabiano Santos
Residência Neuropsiquiatria - LPS
CREMEC 18270

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



Serviço de Neurocirurgia
Instituto Dr. José Prota
 Rua Barão do Rio Branco 1816
 Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROQUIRÚRGICA/ ATTESTADO MÉDICO

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA PEREIRA

Sexo: M | Idade: 02/03/2017 | Alta Neurocirúrgica: 15/03/2017

Diagnóstico: TCE

Prontuário:

QOS-11: 6

Tratamento conservador de TCE

5496365

Evolução Clínica:

Paciente, 27 anos, vítima de acidente de moto em 25/02/17, foi admitido no IMI imediato. Ficou na UTI até 27/02/17, quando foi transferido para SR. TC de crânio de admissão com contusão hemorrágica frontal E, operado por tratamento conservador. Reorientado a conduta de neurocirurgia em 03/03/17. Evolução boa, com regressão de lesão. Caso discutido com STAFF (Dr. João Antônio), orientada alta de neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial.

Resumo de Exames:

TC de crânio (26/02/17): diminuta hiperdensidade frontal frontal E, supratentorial de foco hemorrágico.

TC de crânio (22/02/17): regressão da lesão.

TC de crânio (03/03/17): controle satisfatório.

Nota:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame acordado e pouco desorientado, mobilizando os 4 membros. Sem queixas.

Orientações:

- Alta de neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vinícius - terças e quintas.
- 30 dias de repouso em domicílio
- Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA - POSTO DE SAÚDE.
- Sugestões refinamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 15 de Março de 2017.

Carla de A. Santos
 Residência Neurocirurgia - 12
 CRM 1227

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Estado do Ceará

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ESP PEIXE

0102 210671

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **Carlos José de Jesus Pereira**

Prontuário Nº

Sexo: ☒ M ☐ F

Data Nascimento:

Ocupação:

Endereço:

Fone:

Motivo do Encaminhamento:

23 anos. Histórico de acidente de moto FEB/17, lesões cerebrais; tendo ficado

Resultado de Exames:

Atualizado, evidenciando após acidente com perda de peso, redução de força e sensibilidade da extremidade direita. Ref. apresenta dificuldade de

Impressão Diagnóstica:

deambular.

Dr. Alencar Barbosa

Assinatura do Médico

Função

Data

Hora

Unidade de Referência:

Centro de Reabilitação

Procedimento:

Fisioterapia Motora

Profissional:

Fisioterapeuta

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

INVESTPREV

SEGURADORA S/A

24 ABR 2018

ENTRADA



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Atos pela sua saúde e bem-estar

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ACS = GRACA

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Município: RUSSAS - CE

Nome: Carla Maria da Silva Encaminhado Nº

Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento: 18/08/94 Ocupação:

Endereço: Carimã Fone: 9240-058

Motivo do Encaminhamento:

Doença hipertensiva de risco IV + Diabetes
Resultado de Exames: pressão alta de 160/90 mmHg
Diabetes na PA e HbA1c elevada

Impressão Diagnóstica: TCE Risco

Vitor Ramos Vitor
CRM: 15500

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência:

Procedimento: Profissional: Neurologista

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

ENTRADA

24 ABR. 2018

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

Serviço de Traumatologia e Sistema Osteo Articular
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE OCUPACIONAL
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E LABORATIVA
LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUNA VERTEBRAL
ASSO. ATENDIMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
 RG: CPF 081.043.032.92 PROFISSÃO: Agricultor
 CID 10: S04.9

QUEIXA PRINCIPAL: CONCUSSÃO CEREBRAL / ALTERAÇÃO NA LETURA, NA
GRÁFICA PARCIAL DA DÍGITA / ESCRITA E NA PERCEPÇÃO ESPACIAL

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: EM 25 DE FEVEREIRO DE 2017 SOBREVIEVEU
DE MARCHA (CAIDANDO COM UMA ANCA) PROCUROU HOSPITAL
E CASA DE SAÚDE DE RUA RUA TENIA SIDO TRANSPORTADO PARA O
HOSPITAL E INSISTENTE JETÉ PRATE - COM DISTÚRBIO QUANDO
CLÍNICO - INCONSCIENTE COMO DIAGNÓSTICO DE CONTUSÃO
HEMORRÁGICA FRONTAL, TENHA SIDO INDICADO TRATAMENTO
CLÍNICO CONSERVADOR - (APÓS 12 DIAS DE TRATAMENTO CLÍNICO)
USAR COM DESLIZ LATERAL PARA A DÍGITA, POR ALTERAÇÃO
DO EQUILÍBRIO DO 1º NEURÔNIO MOTOR - TC EM
DEMONSTRAR HIPERDENSIDADE - POR FOCO HEMORRÁGICO
HD - FOCO HEMORRÁGICO - ALTERAÇÃO DO ANTIESTATISMA
NÃO EX. DE TC + RM - ROLBERTA POSITIVA

DIAGNÓSTICOS: CLÍNICO ☐ RADIOLOGICO ☐ LABORATÓRIO ☐ IMAGEM ☐ OUTRO ☐

- ① MARCHA ATÁXICA CEREBRAL POR MANEJO EQUILIBRIO
- ② TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO (S04.9)
- ③ FOCO CEREBRAL FRONTAL A HEMORRÁGICO (S04.9)
- ④ DÍSPASIA - ADASIA DO - TRANSMANCA
- ⑤ DÍSPASIA DO - TRANSMANCA

OBSERVAÇÃO: DEVIDO A LESÃO DO 1º NEURÔNIO MOTOR
OCORRIDA EM 25/2/2017 O PACIENTE TEM COMO
SERVIDA A MARCHA ATÁXICA E DÍSPASIA POSITIVA
COM PROBLEMAS DA LINGUA COM E COMUNICAÇÃO
DE ORIGEM MÚLTIPLE: ATÁXIA E ADASIA
TRATADO COM AMITRIPTILINA 25MG DE 12/12
DEVE FAZER TRATAMENTO NEUROLÓGICO COM DESBARRANDA
MACIETICA DO CRANEO

ASSINATURA

Francisco Porfirio Perez
 Ortopedista, Traumatologia
 Clínica do Trabalho - CREMEC 5255
 CARIMBO: 33989.8107 - 9737.2532

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

INVESTPROV
GILDED
A
4 MAR 2018

64 MAR 20 1968

[Faint musical notation]

DIAGNÓSTICOS: CLÍNICO ☐ RADIOLOGICO ☐ LABORATÓRIO ☐ IMAGEM ☐ OUTRO ☐

- $$\begin{pmatrix} 504.9 \\ 504.9 \end{pmatrix}$$

ASSINATURA

FRANCISCO Pulpino Peres
Ortopedia, Traumatologia
Medicina do Trabalho - CREA/EC 8858
CARIMBOS 08/9866.8107 - 9737.2928

01/04/018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008/37443 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2014

NOME CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

FILHO RUIZEL FERREIRA NETO

MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA

RUSSAS - PECE 18/08/1994

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 22417 FOLHA: 213

LIYD: A19 RUSSAS - CE

CPF 1 VIA

ASSINATURA DO DETROR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

P.: 122

Documentos de Identificação

REPÚBLICA

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE E LESÃO DO CORPO

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE DADOS

Posição Direita

Cartão de Identificação

Cartão de Identificação

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
0D65.38D8.8B30.766E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:53:32 do dia 15/07/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
17 JAN. 2018
ENTRADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
081.043.033-92

Nome
CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Nascimento
18/08/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO..... MANOEL FERREIRA NETO
 MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA

NASCIMENTO..... 18/08/1994 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: RUSSAS - CE

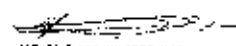
DOCUMENTO..... C. I. 20087374433 06/02/2014 SSPDS CE

LEI Nº 5.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 081.043.033-92 CNH.....

TIT. ELEITOR: 084714020780 SEÇÃO: 0255 ZONA: 009

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRFE/CE - 27/07/2015


Assessoria de Comunicação Social - Assessoria de Imprensa - Assessoria de Relações Públicas - Assessoria de Planejamento - Assessoria de Gestão de Pessoas - Assessoria de Gestão de Projetos - Assessoria de Gestão de Riscos - Assessoria de Gestão de Tecnologia da Informação - Assessoria de Gestão de Qualidade - Assessoria de Gestão de Meio Ambiente - Assessoria de Gestão de Recursos Humanos - Assessoria de Gestão de Segurança - Assessoria de Gestão de Saúde - Assessoria de Gestão de Saneamento - Assessoria de Gestão de Transportes - Assessoria de Gestão de Urbanismo - Assessoria de Gestão de Zonas Especiais

Nº 1285204 - 0050 - CE

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A


17 JAN. 2018


ENTRADA

203.64233.92-8

1285204 0050 CE

carlosjean O. Ferreira






Documentos de identificação

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

FRANCISCO NORATO DOS SANTOS



DOCUMENTO / CDS / CATEGORIA

2004030010563 582 CE

CPF

794.305.033-91

DATA NASCIMENTO

19/10/1978

Função

JOSE AGOSTINHO DOS SANTOS
MARIA DE FATIMA DA COSTA

PERMISSAO

ACC

CATEGORIA

AB

Nº REGISTRO

06135143009

VALIDADE

18/11/2018

1ª EMISSÃO

23/07/2014

OBSERVAÇÃO

SEM OBSERVAÇÃO

Francisco Norato dos Santos

Local

PORTALEZA, CE

DATA PRESTO

24/07/2015

[Signature]

12582169413
CE148709521

DETRAN-CE (CEDRA)

NÚMERO EM TODA
O TÍTULO NACIONAL
1155717155

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155717155

INVESTPREV
SEGURODORA S/A
17 JAN. 2018
ENTRADA

1. **VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**
 2. **2008359443 - 3**
 3. **06/03/2014**
 4. **ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA PERUANA**
 5. **PERUANA: PERUANA 400**
 6. **KARLO DAS JÓRRES DE OLIVEIRA PEREIRA**
 7. **ARMANDO RIBEIRO**
 8. **10/06/1994**
 9. **EMP. ASSOCIADO - CONTADOR: 2 OFICIN PERUB-2747 FOLIO: 213**
 10. **LETO: 119 DUEÑAS - CP**
 11. **OFF**
 12. **1 VIA**
 13. **P.: 122**
 14. **RECEBIMOS**
 15. **10/06/1994**

CÓDIGO DE CONTROLE
0055.38D2.5530.768E

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013126487326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 128671491 RENTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
RENATO DE OLIVEIRA MACIEL

RUSSAS/CE

CPF/CNPJ 06314542332 PLACA MYZ7221

PLACA ANT/LIT *****/RN 9C2KC08108R355971

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CIL 2P, 10CV/149CC CATEGORIA PARTIC CORP/DOMINANTE AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1 2 3
P ***** **/ **/ ** 1 *****
V ***** 2 *****
A ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
LUIZ CARLOS
Igor Pontel
10/00/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS
E MOTORES DE VEICULO TERRESTRE OU
TRANSPORTADAS OU INBO



CE Nº 013126487326 BILHETE DE SEGURO DE 10

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
06314542332 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 6/08/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 06314542332 PLACA MYZ7221

RENAVAM 128671491 MARCA / MODELO HONDA/CG.150 TITAN KS

ANO FAB 2008 CAT. INB. 09 NV CHASSI 9C2KC08108R355971

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) GUSTO DO SEGURO (R\$)

GUSTO DO BILHETE (R\$) IDI (R\$) TOTAL A SE-NCO (R\$) (R\$)

PAGAMENTO DATA DE DUTACAO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOSS SEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: KC08E18355971

9102-135

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA

DETRAN - CE Nº 013126457326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SPM 01 128671432 0006800600 2017

RENATO DE OLIVEIRA MACIEL

RUSSEAN/CE

16314542332 MY87221

*****/RN 9C2K08108R355972

FAS/MOTOCICLO/HAC APLIC. GASOLINA

MONDA/CE 150 TITAN XS 2008 2008

RE/OCV/189CC PARTIC 2008

CE Nº 013126457326 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

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

2017 16/08/2017

01 16314542332 MY87221

128671432 MONDA/CE 150 TITAN XS

2008 09 9C2K08108R355972

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180187157 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 25/02/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: