
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180448307**

Vitima: **JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **10/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180448307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

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, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180448307

Vitima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180448307**.

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



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180448307**

Vitima: **JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **10/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180448307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Laudo do IML - Lesões corporais 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



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 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 ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
123456789012345678	123.456.789-02	RODRIGO VIEIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RODRIGO VIEIRA DA SILVA	CPF regular da conta 123.456.789-02	Profissão ESTUDANTE
Endereço RUA ORNELAS DA CUNHA 1000	Número 1000	Complemento
Bairro JARDIM	Cidade SANTOS	Estado SP
Email rodrigo.vieira.silva@estudante.com.br	CEP 11000-000	Telefone (DDD) 11 99999-9999

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 type="checkbox"/> PECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (241)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	DIV	CONTA Nº:	DIV
000000000000	00	000000000000	00
Informar dígito se existir			

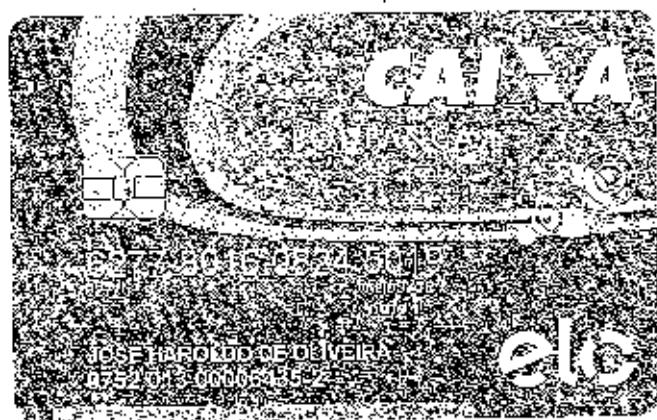
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA Nº: _____ DIV: _____ CONTA Nº: _____ DIV: _____
Informar dígito se existir
Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

Registre a data: 15/06/2014 de Brasilândia de 2014
Local e Data

Rodrigo Vieira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Paulo Henrique
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 5957 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **19/12/2017 10:44:02**

Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2017 18:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA BASÍLIO PINTO**

Complemento:

Município: **QUIXADA/CE**

Bairro:

Ponto de Referência: **PROXIMO A DIOCESE**

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ AROLDO DE OLIVEIRA**

Nascimento: **01/01/1942** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **CELINA MARQUES DE OLIVEIRA**

RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

Endereço: **RUA ANALIA DE OLIVEIRA COSTA**

, 78 COMBATE

Bairro:

CEP:

Município: **QUIXADA/CE**

Telefone: **0000000**

País: **BRASIL**

Histórico

B.o emitido para efeitos de DPVAT; Que o noticiante informa que no dia e hora acima citados , conduzia a motocicleta HONDA CG 125, TITAN ES, ANO 2002/2002, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30203R004093, LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ HAROLDO DE OLIVEIRA ; Que o declarante afirma que perdeu o controle da referida motocicleta por conta de um cachorro na pista; Que o noticiante informa que por conta da queda foi socorrido para UPA da cidade de Quixadá onde recebeu os primeiros socorros por conta dos ferimentos; Que conforme o laudo de nº 730498/2018 expedido pela Perícia Forense da cidade de Quixadá o noticiante ficou com mobilidade reduzida em 10 por cento na mão esquerda.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

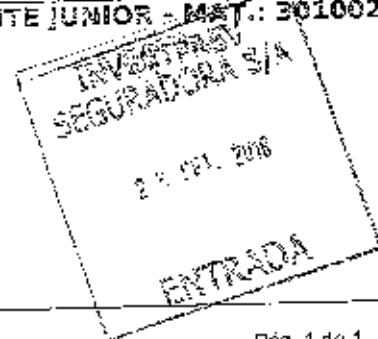
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *José Haroldo de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/03/2018 11:31:00



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



Impresso nº 2036174128

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 4573 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 23/12/2018 14:30:57

Data / Hora da Ocorrência: 19/12/2017 16:44:00

Endereço da Ocorrência: RUA BASÍLIO PINTO

Complemento:

Bairro: Município: QUIXADA/CE

Ponto de Referência: PRÓXIMO A DIOCESE

Nascente(s)

Nome: JOSE AROLDO DE OLIVEIRA

Nascimento: 01/01/1942 CPF:

RG:

Órgão Emissor:

UF:

Filiação: CELINA MARQUES DE OLIVEIRA

RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA ANALIA DE OLIVEIRA COSTA

, 78 COMBATE

Bairro:

CEP:

Município: QUIXADA/CE

País: BRASIL

Telefone: 00000000

Histórico

O PRÉSENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA FOI TOMBADO PARA SERVIR DE ADITAMENTO EM FACE AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA 534-5957/2017 PARA QUE SE ACRESCENTE A PLACA HXC0837 AOS DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE.

DELEGIACIA DESTINO: DELEGIACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *...de 17/12/2018, via Cel. L.../...*

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6

INVESTIGADOR /
SEGURADORA S/P

23/12/2018

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 584 - 6957 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 19/12/2017 10:44:02

Data / Hora da Ocorrência: 10/11/2017 18:30:00

Endereço da Ocorrência: RUA BASÍLIO PINTO

Complemento:

Bairro:

Município: QUIXADA/CE

Ponto de Referência: PRÓXIMO A DIOCESE

Noticiante(s)

Nome: JOSE AROLDO DE OLIVEIRA

Nascimento: 01/01/1942 CPF:

RG:

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: CELINA MARQUES DE OLIVEIRA

RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA ANALIA DE OLIVEIRA COSTA

, 78 COMBATE

Bairro:

CEP:

Município: QUIXADA/CE

País: BRASIL

Telefone: 0000000

Histórico

B.o emitido para efeitos de DPVAT; Que o noticiante informa que no dia e hora acima citados , conduzia a motocicleta HONDA CG 125, TITAN ES, ANO 2002/2002, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30203R004993, LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ HAROLDO DE OLIVEIRA ; Que o declarante afirma que perdeu o controle da referida motocicleta por conta de um cachorro na pista; Que o noticiante informa que por conta da queda foi socorrido para UPA da cidade de Quixadá onde recebeu os primeiros socorros por conta dos ferimentos; Que conforme o laudo de nº 730498/2016 expedido pela Perícia Forense da cidade de Quixadá o noticiante ficou com mobilidade reduzida em 10 por cento na mão esquerda.

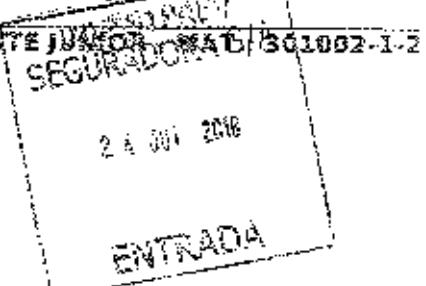
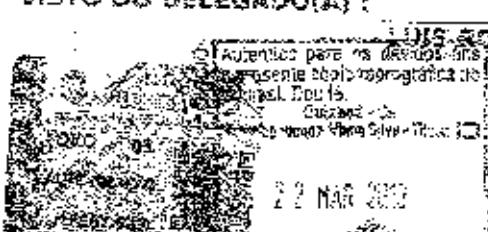
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CINHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *José Haroldo Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :



DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

Pág. 1 de 1

Introduzido em 20/03/2018 às 11:31:50

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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00752

CONTA: 00000006435-2

Nr. da Autenticação 803C8E457DB557CB

Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
CAGECE - 2009

0100079/0

Protocolo de 05/03/2016

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto:

Assunto: RELATÓRIO DE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Assunto: RELATÓRIO DE QUALIDADE DA ÁGUA NO SITE CAGECE

Cagece

Cagece

INVESTIGAÇÃO
SEGURADORA S/A

05/03/2016

ENTRADA

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA 24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora da chegada: 18:25
Atendimento: 1º atendimento 2º Atendimento Previdenciário

Data de atendimento: 10/11/14
 Outro:

TRIAGEM

Hora: _____ Temps: _____ P.A.: mmHg _____ PI: _____ bpm SpO2: _____ Dxi: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Andrade de Oliveira
Responsável (se menor):
Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento: 01/01/72 Idade: 35 Naturalidade: Fortaleza
Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
Profissão: Desconhecido
Cidadania: SUS Outro RG/Cartão SUS: 43870783 Procedência: Quixadá/CE
Residência: Avenida de Oliveira, n.º 78 Suleste

ATENDIMENTO:

Queixa principal: Dor aguda no abdômen, intensa, de caráter contínuo, que se intensificou ao longo das últimas 24 horas. Apresenta febre e taquicardia.

Histórico atual:

Exame(s) solicitado(s):

Autentico para os devidos fins Preservar cópia reprodutível do original. Dou fé. Quixadá - Ce Silvane Viana Silva - Titular	2 MAR 2018	Assinatura e Carimbo Médico
Eduardo Tárcio Viana Bezerra - Subst. Adv.		10615
Maria Lucia Lima Silveira - Substituta		
Thiago Almeida Costa - Esc. Autorizado		

1. Gastroenterite - abdominal - OK!
2. Rx - laré
3. Rx - laré
4. Rx - laré
5. Rx - laré
6. Rx - laré
7. Rx - laré

Camila Oliveira
04/01/1972-ALTE

Dra. Ana Paula
CRM: 16.959
CONPEC: 16.959

Autentico para os devidos fins Preservar cópia reprodutível do original. Dou fé. Quixadá - Ce Silvane Viana Silva - Titular	22 MAR 2018	Assinatura e Carimbo Médico
Eduardo Tárcio Viana Bezerra - Subst. Adv.		10615
Maria Lucia Lima Silveira - Substituta		
Thiago Almeida Costa - Esc. Autorizado		





Dr. Alberto Matos
Ortopedia - Traumatologia
CRM 7191

ATESTADO

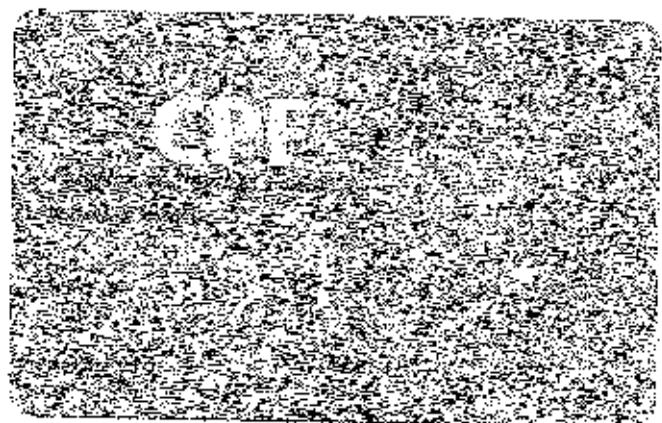
Atesto para os devidos fins que JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA, CPF 443.782.823-53, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Trouxe cópia da ficha de atendimento de emergência informando que a lesão ocorreu em 10/01/2017. Foi submetido ao tratamento conservador. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de preensão palmar grande. Está de alta definitiva do tratamento das feridas.



30/01/18

Dr. Alberto Matos
Ortopedia - Traumatologia
CRM 7191

Clinica Cereixer - Rua Carlos Vasconcelos, 2602 - Joaquim Távora
Fone: 3346-9027
Clinica Ortopédica São Mateus - Av. Santos Dumont, 5753, Sala 309 - Capivari
Fones: 3343-0169 / 3265-8202



Autônomo Plastificada

1076213977

10762139

CARTÃO

Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada

13 MAI 2010

Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada
Autônomo Plastificada

INVESTIMENTOS
SEGURADORA S/A

73 301 306

ENTRADA

OFICIO Autorizo para os devidos fins a presente cópia reprodução do original. Dou fé.

Autóctone: para os do
presente cípula reporto
original. Dou-lá.

卷之三

CONFERÊNCIA DE ATUAÇÃO E LIDERAGEM DO VENDEDOR

其事也。故其子曰：「吾父之執事，其人也。」

1. *Die Wissenschaften der Erde und des Himmels* (1873).

Die Wissenschaften haben sich in den letzten Jahrzehnten auf die Erforschung der sozialen Prozesse konzentriert.

卷之三	卷之四	卷之五	卷之六	卷之七	卷之八	卷之九	卷之十	卷之十一	卷之十二
卷之三	卷之四	卷之五	卷之六	卷之七	卷之八	卷之九	卷之十	卷之十一	卷之十二
卷之三	卷之四	卷之五	卷之六	卷之七	卷之八	卷之九	卷之十	卷之十一	卷之十二
卷之三	卷之四	卷之五	卷之六	卷之七	卷之八	卷之九	卷之十	卷之十一	卷之十二
卷之三	卷之四	卷之五	卷之六	卷之七	卷之八	卷之九	卷之十	卷之十一	卷之十二

卷之二十一

卷之三

SECURITY SYSTEM

S. S. RAY, 201

ENTRADA



Registro N.

7304987/2018

Digitacac: 26/02/2018 (DANIELLE.SAMPAIO)
Livro: 55 Página:231

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 23 de fevereiro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC Nº: 13793

Fara proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

JOSÉ AROLDO DE OLIVEIRA

a fim de ser atendida a requisição de nº 313 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e conservar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:40h de 23/02/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Participando relata ter sofrido acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 10.11.2017 por volta das 18 horas. Relata trauma em antebraços. Porta boletim de atendimento médico, da Unidade de Pronto Atendimento de Quixadá, datado de 10.11.2017, assinado pela dr. Jussara Cartaxo – CREMEC 16.559 - que diz: "Paciente vítima de acidente automobilístico. Apresenta ferimento em antebraço direito/esquerdo." Porta ainda os devidos fins que José Aroldo de Oliveira, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de preensão palmar; grau quatro. Está de alta definitiva do tratamento das feridas." Ao exame físico observa-se cicatrizes em antebraços, medindo aproximadamente doze centímetros de extensão em antebraço esquerdo e oito centímetros de extensão em antebraço direito. Apresenta ainda limitação da flexão do primeiro quirodáctilo esquerdo. Apresenta

RESPOSTAS OS QUESITOS

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º cu do anexo da Lei 6194/74.

PERICIANDO APRESENTA DANO CORPORAL PARCIAL INCOMPLETO POR REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE PRIMEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E CONSEQUENTE COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE PINÇA DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO APRESENTA REDUÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA ESTIMADA EM 10%.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assinado na sequencia S/A

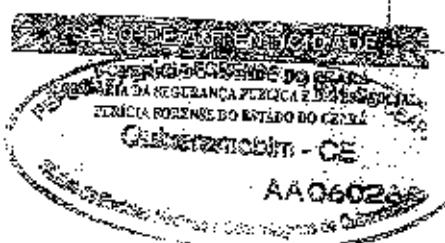
SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC Nº: 13793

21.02.2018

Auténtico para os devidos fins
a presente cópia regráfica do
original. Dou fé,
Quixerá - Ce
Manuela Vanusa Viana Costa - Titular

13 MAR 2018

Fiz teste _____ da verdade.
Fabricio Tertio Viana Costa - Subs. Adj. _____
Maria Lucia Lima Silva - Substituta _____
Hilago Alencar Costa - Adv. Autorizado _____



ENTRADA



Registro N. 730498 / 2018

Digitacao: 26/02/2018 (DANIELLE.SAMPAIO)
Livro: 55 Página:231

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 23 de fevereiro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC Nº: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

JOSE AROLDO DE OLIVEIRA

a fim de ser atendida a requisição de nº 313 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:40h de 23/02/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 10.11.2017 por volta das 18 horas. Relata trauma em antebraços. Porta boletim de atendimento médico, da Unidade de Pronto Atendimento de Quixadá, datado de 10.11.2017, assinado pela dr. Jussara Cartaxo – CREMEC 16.659 - que diz: "Paciente vítima de acidente automobilístico. Apresenta ferimento em antebraço direito/esquerdo." Porta ainda atestado médico, datado de 30.01.2018, assinado pelo dr. Alberto Matos – CREMEC 7101- que diz: "Atesto para os devidos fins que José Aroldo de Oliveira, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de preensão palmar grau quatro. Está de alta definitiva do tratamento das feridas." Ao exame físico observa-se cicatrizes em antebraços, medindo aproximadamente doze centímetros de extensão em antebraço esquerdo e oito centímetros de extensão em antebraço direito. Apresenta ainda limitação da flexão do primeiro quirodáctilo esquerdo.

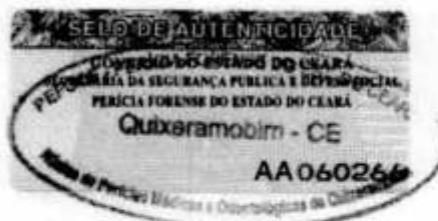
RESPOSTA AOS QUESITOS

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

PERICIANDO APRESENTA DANO CORPORAL PARCIAL INCOMPLETO POR REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE PRIMEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E CONSEQUENTE COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE PINÇA DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO APRESENTA REDUÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA ESTIMADA EM 10%.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC Nº: 13793



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180448307 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM ANTEBRAÇOS BILATERAIS.
TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180448307 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBROS SUPERIORES.
TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352836/18

Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

CPF: 443.788.823-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2017

Titular do CPF: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais

JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA : 443.788.823-53

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: 25/09/2018
Nome: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
CPF: 443.788.823-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Camila Feitosa Pedrosa