

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005304-0

Conta: 000009856-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190457698 CPF da vítima: 074.501.933-10 Nome completo da vítima: JOSE RONIS DA SILVA LINA

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

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LINA CPF: 074.501.933-10
Profissão: Servente Endereço: Rua baixa grande Tapuió Número: 0 Complemento:
Bairro: Tapuió Cidade: Aguimuz Estado: Ceará CEP: 61700-000
E-mail: ronisilva0434@gmail.com Tel.(DDD): 85984334458

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 317 CONTA: 317000274 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: 02/09/2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LINA
CPF: 074.501.933-10
JOSE RONIS DA SILVA LINA
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
JOSE RONIS DA SILVA LINA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Mariane das graças marinho Pinho
CPF: 318703253-20
Mariane das graças marinho Pinho
Assinatura
2ª Nome: Monique de Jesus de Santana Lima
CPF: 027821833-46
Monique de Jesus de Santana Lima
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVAL

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 074.501.933.10 Nome completo da vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

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

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LIMA CPF: 074.501.933.10
Profissão: CEUGENTE Endereço: BARRA GRANDE Número: Complemento:
Bairro: Cidade: AQUIDAUZ Estado: CE CEP: 61700000
E-mail: ronissilva043@gmail.com Tel. (DDD): 984334458

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Aquidauz, 23 de julho de 2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
CPF: 074.501.933.10

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE RONIS DA SILVA LIMA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA DAS GRACAS
CPF: 318.703.253-20

Assinatura

2ª Nome: MONIQUE QUEIROZ
CPF: 027.821.833-46

Assinatura

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190457698	CPF da vítima: 074.503.933-10	Nome completo da vítima: JOSE ROVIS DA SILVA LINA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JOSE ROVIS DA SILVA LINA		CPF: 074.503.933-10
Profissão: Servente	Endereço: Rua baixa grande Tapuió	Número: 0 Complemento:
Bairro: Tapuió	Cidade: Aguiniaz	Estado: Pernambuco
E-mail: ronisilva0434@gmail.com	CEP: 63700-000	Tel.(DDD): 85 33434458

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **317** CONTA: **317000274** 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **02/09/2019**
 Nome: **JOSE ROVIS DA SILVA LINA**
 CPF: **074.503.933-10**
JOSE ROVIS DA SILVA LINA
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
JOSE ROVIS DA SILVA LINA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Maria das Graças Mariano Pinho**
 CPF: **318703253-20**
Maria das Graças Mariano Pinho
 Assinatura

2ª Nome: **Monique Delac de Santana Lima**
 CPF: **024321833-46**
Monique Delac de Santana Lima
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. **Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.**
2. **Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.**
3. **Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).**
4. **Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.**
5. **Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.**
6. **Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.**



BOLETEM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 15741 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/07/2019 13h31:42
Data / Hora da Ocorrência: 17/01/2019 22:42:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALBINO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIU Município: AQUIRAZ
Ponto de Referência:

RECEBIDO

26 JUL 2019

Corredora Líder DPVAT

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: JONEL ROME DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 2008222443 Orgão Emissor: SSP/CE UF:
Filiação: ROZENNA RAFAEL DA SILVA LIMA
JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8725-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HYP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO AREA VERDE PARA TAPUIU QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA MICA E MARCIA UM VEICULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE, O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER NO LOCAL DO ACIDENTE, O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO, JOELHO DIREITO, PERNA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HT CENTRO, QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRACAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ACQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDES MUMIZ - MAT: 106293-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO ADELDO JORNALAS FERNANDES - MAT: 3012247-4



BOLETEM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 15741 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/07/2019 13h11:42
Data / Hora da Ocorrência: 17/01/2019 22:12:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALBINO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIU Município: AQUIRAZ
Ponto de Referência:

RECEBIDO

26 JUL 2019

Corredora Líder DPVAT

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: RONEI DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 2008222443 Orgão Emissor: SSP/CE UF:
Filiação: ROZENNA RAFAEL DA SILVA LIMA
JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8725-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HYP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO ÁREA VERDE PARA TAPUIU QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA MICA E MARCIA UM VEÍCULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE, O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERAM NO LOCAL DO ACIDENTE. O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO, JOELHO DIREITO, PERNA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO IFT CENTRO, QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRACAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDES MENEZES - MAT. 106293-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO ADELINO OLIVEIRA FERNANDES - MAT. 101224-7-9



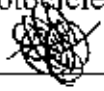
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comprovação de ato declaratório



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 pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 17/01/2019 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703001878378271		NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310		RG: 20082121413		D. NASC: 10/12/1997		ESTADO CIVIL: SEXO: M RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA				NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES			Nº: S/N		BAIRRO: BADA GRANDE
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987252177		MUNICÍPIO: AQUINAZ		UF: CE	CEP: 61700000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ				PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 98725 7427	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros		Escrito por: Sem dar		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



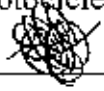
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comprovação de ato declaratório



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 pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 17/01/2019 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703001878378271		NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310		RG: 20082121413		D. NASC: 10/12/1997		ESTADO CIVIL: SEXO: M RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA				NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES			Nº: S/N		BAIRRO: BADA GRANDE
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987252177		MUNICÍPIO: AQUINAZ		UF: CE	CEP: 61700000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ				PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 98725 7427	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros		Escrito por: Sem dar		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

uma forma de trabalho, aliada a 5ª etapa
para que entre em contato conosco.

CEP 80135-040 | Fone: 41 3011-1111
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CDF 05.106.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 567779711

Rota 35 20004 56 152600 - 5 Data de Emissão 19/02/2019

Nome ROZENIRA RABELO DA SILVA
End. Postal RU BAIXA GRANDE 00000
PORTO DAS DUNAS - AQUIDAUANA - 61700000

Medidor 7665108 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO BAIXA RENDA
RG/CPF/CNPJ 509769743-04 CGF

Nome do Responsável

DATA	DATA	DATA
Mês da Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Fev/2019	21/03/2019	21/03/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso deste conta.
Conjunt. 0,00
Máx. 0,00
Mín. 0,00

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
	100,00	15,00%	15,00

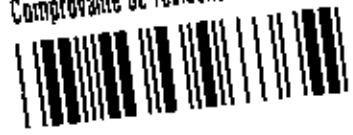
Prestação Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
10,00	30,00	30,00	0,00	0,00	0,00
7,52	15,04	30,08	0,00	0,00	0,00
5,56			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
712,0546,3123,0004,0000,0000,0000,0000,0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO E O CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
31053	30310	1,00	143	0,00	143	0,4500	64,34		
19/02/19	21/01/19		29 DIAS		143		64,34		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	64,34
LCMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONF-AZ 079	9,87
MULTA MORATORIA REF 11/2018	2,59
JUROS DO MÊS	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,23
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,15

Comprovante de residência



VENCIMENTO 01/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 89,22
------------------------------	----------------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	23,60	142	143	147	153	161	156	160	155	159	151	147	153
Transmissão	2,59												
Distribuição	13,45												
Encargos Setoriais	3,00												
Trêsletas (ICMS PIS/COFINS)	30,19												
TOTAL	76,36												

CONSUMO CONJUNTO E EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica		
Emitido kg (CO ₂)	55,83	0,00
Compensado kg (CO ₂)		8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE NO: 0 DIGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

NAO FOI POSSÍVEL CONFERIR LEITURA POR: INT MEDIA-LEIT RING-CENTRAL ART 06 RES 414
Consta desta fatura R\$ 5,95 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,90% e COFINS: 4,90%
Caro Cliente, consoante quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade por
sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui
quitações anteriores.

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

SOLICITANTE: <i>Jose Romis da Silva Lima</i>		
RG: <i>2008212413</i>	ÓRGÃO EXP: <i>SSP-CE</i>	DATA EXP: <i>24.05.2012</i>
CPF: <i>074.50193-0</i>	DATA NASC: <i>16.12.1997</i>	TELEFONE: <i>988497220</i>

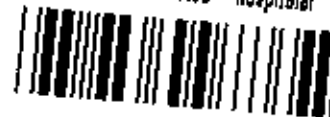
ENDEREÇO:
Rua - José Alves Pereira - Tapui - Aquiraz

TIPO DA OCORRÊNCIA OU ACIDENTE TRÂNSITO:

- ☐ ATROPELAMENTO PEDESTRE/ANIMAL
- ☐ COLISÃO TRASEIRA
- ☒ COLISÃO FRONTAL
- ☐ ENGAVETAMENTO
- ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL (COLISÃO LATERAL)
- ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL (COLISÃO TRANSVERSAL)
- ☐ CHOQUE
- ☐ CAPOTAMENTO
- ☐ TOMBAMENTO
- ☐ SAÍDA DE PISTA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS (DESCREVA QUAL AS CARACTERÍSTICA DO ACIDENTE ABAIXO)

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DO ACIDENTE:

Documentação médica - hospitalar



LOCAL DA OCORRÊNCIA:

DATA: *17.01.2019* HORA: *20:30* AGENTE: *M. Almeida*

DATA DA SOLICITAÇÃO: *15/02/2019* HORA: *09:34*

ATENDIDO POR: *Marcelo* MAT. _____

PROTOCOLO/RECEBIMENTO
DATA: *15.02.19*



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.520

FORTALEZA, 15/2/2019

14:30 às 16h.

Vando J. Ronis
9.84334458



Prefeitura de
Fortaleza

UF

HOSPITAL DE CLÍNICA - HCL

LAUDO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – IJF, setor traumatologia, unidade 12, leito 10 – devido a fratura de ossos da perna bilateral e cotovelo direito.

Paciente, em janeiro de 2019, apresentou fechada exposta de fêmur direito, fratura fechada de tibia bilateral e cotovelo direito, tendo sido realizado tratamento cirúrgico à época em membros inferiores. Em 12/03/2019, foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de olecrano direito.

Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: S822, S50, S723

Fortaleza, 13/03/19

Jonatas Vasconcelos
Ortopedista Traumatologista
Médico Residente
CREMEC 19437



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRM/EC 16.540

FORTALEZA, 15/2/2019



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, Documento Identidade Nº2008212141.3, Prontuário Médico Nº5527515 encontra-se internado neste Hospital desde: 17/01/2019 leito 1210 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de FEVEREIRO de 2019.

*Responsável Médico do Hospital
Clínico de Medicina de Família e Comunidade
Médico - UFF*

Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000 .

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: JOSE ROSE DA SILVA LIMA

LEITO

DATA DE INTERNAÇÃO: 17/01/2019

DATA DA ALTA: 24/02/2019

RESPOSTA: SINTOMAS

DOENÇA DE ORIGEM: FROTA, LIMA

IDADE: 24

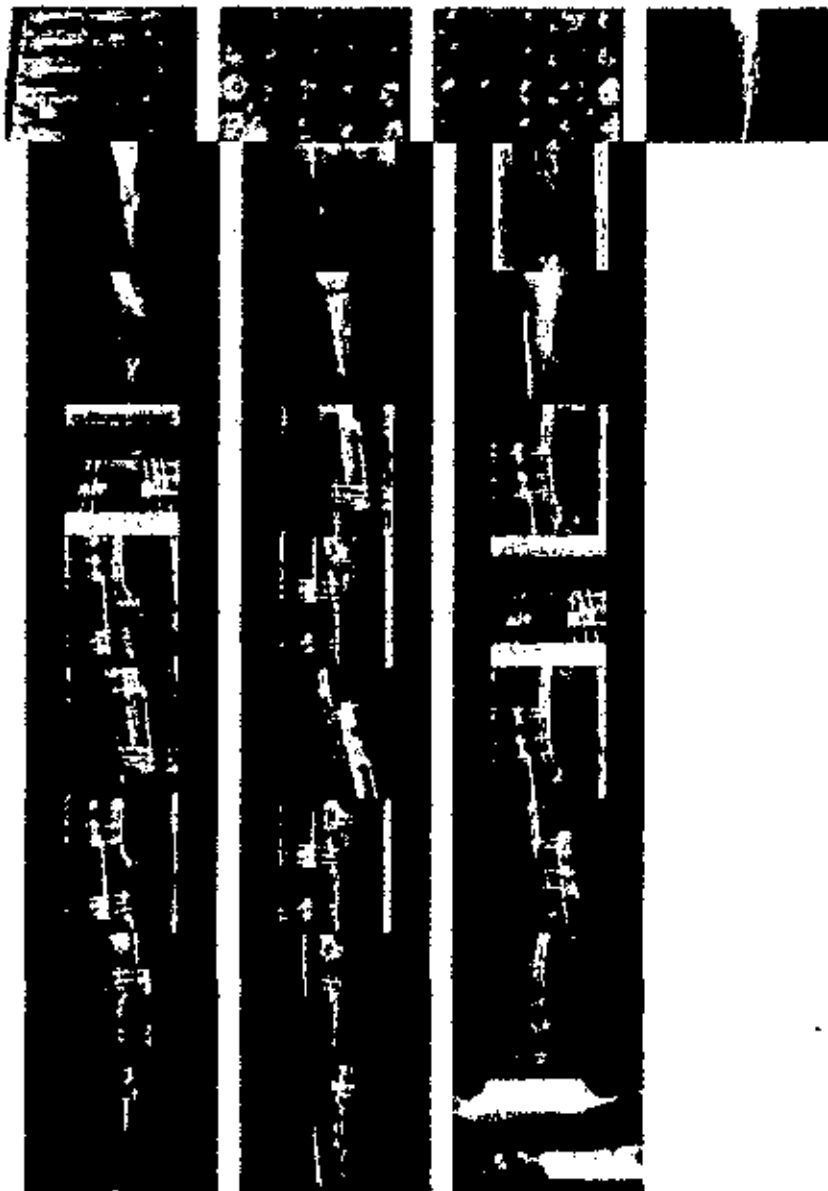
DIAGNOSTICO: FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA

CONDIÇÃO: FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA
 DOENÇA: FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA
 DATA DA ALTA: FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA
 OBSERVAÇÃO: FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA - FROTA DE ORIGEM DE ORIGEM OPERADA

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: 301

RESIDENTE: RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Resumo de alta

NOME: JOSÉ ROUS DA SILVA LIMA

LEITO:

DATA DE
INTERNACAO: 17/01/2018

DATA DA ALTA: 24/05/2018

BS/PRONT: 5527515

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tíbia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)

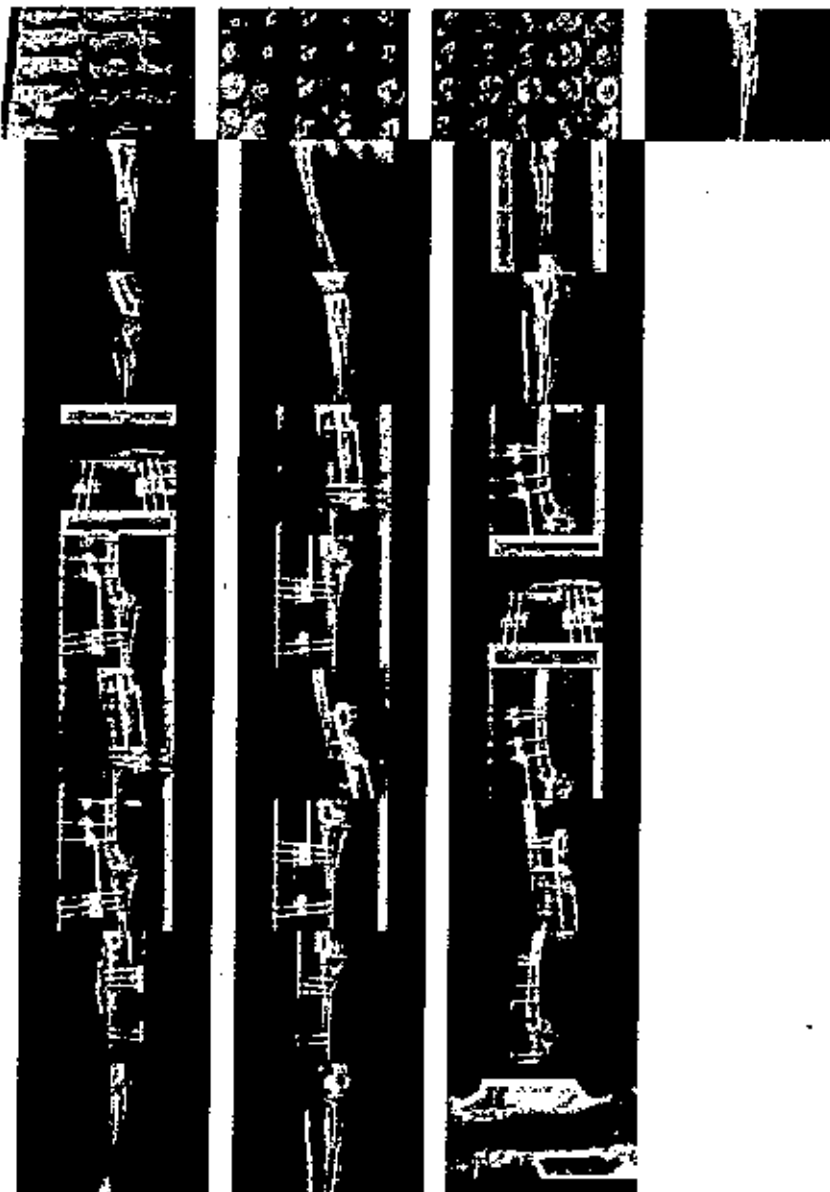
CONDUTA
DECIDIDA
PARA CADA
LESÃO:

PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA
EXPOSTA FEMUR ESQ. TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO
D. C/ DR TADEU 22/03/18, 03/05/18 ARTRODIESE DE JOELHO
ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/06
COLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR, CD: TOMAR
MEDICACAO PRESCRITA, NAO PISAR, RETORNO COM 15 DIAS P/
AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME
MARCACOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO 391

LEITO:

RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Materiais	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 07/02/2019 - Quinta-Feira								
159	1	07:30	1210	YURY FARIAS		PLACA BLOC PARA FEMUR DISTAL + PLACA BLOC PARA TIBIA PROXIMAL + HASTE DE TIBIA + CX DE GRANDES FRAG 4.5 + CX DE REDUÇÃO DE JOELHO E BACIA + PAR CANULADO 4.0 E 7.0 + CX MMII + KIT BASICO + TREPANO		CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 12/03/2019 - Terça-Feira								
159	1	07:30	1210	DR.MANOEL AUGUSTO		CX PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS + FIO K 2.0 E 2.5+ ARCIFLEX + FIO DE CERCLAGEM CX PEQUENOS FRAG + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	FRATURA DE OLECRANO	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 22/03/2019 - Sexta-Feira								
159	1	07:30	1210	CLODOLDO JOSE DUARTE DE SOUZA		KIT PEQUENA CIRURGIA + ALICATE DE PRESSÃO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS - RETIRADA DE FIO K EM JOELHO O	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 23/05/2019 - Quinta-Feira								
159	1	13:30	1202	YURY FARIAS	PEDRO RAFAEL REIS COELHO	CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS 4.5 (BIOIMPLANTES + PLACA TACO DE GOLF 4.5), CAIXA DE HASTE DE TIBIA (B2G), CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS CONVENCIONAIS (TRAUMABONE), OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETA, KIT BASICO	MESA RADIOTRANSARENTE+ INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE:5527515	CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 21/06/2019 - Sexta-Feira								
159	1	14:00	1202	VAI MIR FERNANDES		CX BASICA TO PARA MMII + CX BASICA TO PARA MÍSS + CX GRANDES FRAG + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL/PLANALTO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	
CRM:	UF:
Endereço:	
Cidade:	UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA

Endereço:

Prescrição:

1) XARELTO (10MG) 04CX
TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.
2) NOVALGINA (1G) 04CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Assinatura e Carimbo

Victor F. de S. - CRM 24005
Osteomédico, Farmacologia
Nº 24005-2019
CRM 24005-2019

- Data: 24-09-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Identi:	
End:	
Cidade:	
UF:	
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: / /



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Jose Kuan da S. Lima</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
☐ Sim ☐ Não			
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☒ Pernas AP/P	☒ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MID
			☐ MSE
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Dr. Victor A. ... Assistente de Diagnóstico Clínica Hospitalar CEM-MSD			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: / /	Hora: h: minutos

Dias					Residentes	Material	Observação	Status da marcação	
Int.	#	Hora	Leito	Staff					
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (OPERADA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (OPERADA)									
07.02.03.0945 - PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)									
								M:	
								pu	
								VII	
								At	
								NI	
								24	
								20	
								15	

Dr. Victor Augusto Martins Ortopedia e Traumatologia CRM: 105504	Retornar dia: _____ Hora: _____ para Dr. <u>Frederico, Dr. Valmira</u> <u>Dr. Tadeu</u>
Ass.: _____ Data: <u>26/01/16</u>	

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

LEITO:

DATA DE 17/01/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/06/2019

BE/PRONT: 5527515

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tíbia (AGUARIJA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)

CONDUTA: PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA
 DECIDIDA: EXPOSTA FEMUR ESQ., TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO
 PARA CADA D. C/ DR TADEU 22/03/19, 03/05/19 ARTRODSE DE JOELHO
 LESAO: ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/05
 COLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR. CD: TOMAR
 MEDICACAO PRESCRITA. NAO PISAR, RETORNO COM 16 DIAS P/
 AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME
 MARGACCS PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO 301

LEITO:

RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO

Ass. Vig. Dr. [Assinatura]	Retornar dia: [Assinatura] Hora: [Assinatura] para
Data: 24/06/19	Dispensa do trabalho por: 120 dias

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 Ministério da Justiça
 Departamento Nacional de Identificação
 BRASILIA - DISTRITO FEDERAL

NOME
 JOSE RONIS DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE / DDD. FONECE UF
 20002121412 , SSP CE

CPF
 074.501.933-10

DATA NASCIMENTO
 16/12/1997

ENDEREÇO
 JOSE AMILTON PEREIRA
 DA SILVA LIMA
 ROZENIRA RABELO DA
 SILVA LIMA

PROFISSÃO
 PERMISSÃO

ACE
 []

CELEBR.
 AB

IDENTIFIC.
 06627903038

VALIDADE
 25/05/2017

1ª EMISSÃO
 25/05/2016

OCCUPAÇÃO
 EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Jose Ronis da Silva Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 AGUIARAZ, CE

DATA FUNDADA
 30/05/2016

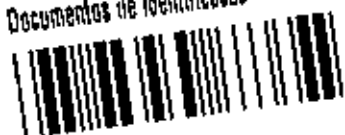
Jose Ronis da Silva Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

73884748474
CE151389748

1284761940

PROIBIDO PLASTIFICAR

Documentos de Identificação



END

Estados Fisica

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
074.501.933-10

Nome
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Nascimento
18/12/1997

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190457698

Nome do(a) Examinado(a): JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): BAIXA GRANDE, 0, , 61.700-000, SN, Aquiraz/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 200822121413

Data e local do acidente: 17/01/2019 - Aquiraz/CE

Data e local do exame: 28/09/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação das fratura e medicamentoso. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no cotovelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau leve.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro superior direito, com redução da força e mobilidade.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Superior Direito - Leve - 25%

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

Periciado evolui com importante hipotrofia muscular e diminuição de força no membro superior direito. Com relação a fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento com fixador externo em membro inferior direito e no membro inferior esquerdo evoluiu com retardo de consolidação. Retorno em 150 dias.



Dr. Greiv Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074.501.933-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE RONIS DA SILVA
LIMA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RONIS DA SILVA LIMA : 074.501.933-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 31/07/2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
CPF: 074.501.933-10

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Protegido Plástico

Maria das Graças Marreiro de Queiroz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017198717 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2017

NOME
MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

FILIAÇÃO
JOÃO EUFRÁSIO DE QUEIROZ

MARIA DO CÉU MARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE
CAPISTRANO - CE

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1968

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 831 FOLHA: 115V LIVRO: A-02 CAPISTRANO - CE
CPF 318.703.253-20 RG: ANT: 1171678-86

ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICAÇÃO



CARTÓRIO: AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

com o original exibido nestas
notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Akiane Martins Florença - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel Adriano Martins Florêncio
Mara de Lourdes Tavares Pereira
Márcos Cesar Rêgo de Alencar - Escrivão
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI
Thayane Emídio

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICAÇÃO

CARTÓRIO: AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

Akiane Martins Florença - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel Adriano Martins Florêncio
Mara de Lourdes Tavares Pereira
Márcos Cesar Rêgo de Alencar - Escrivão
Substituto Respondendo pelo Titular

15 JUL 2019

A presente fotocópia confere
com o original exibido nestas
notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
318.703.253-20

Nome
MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

Nascimento
09/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONFERI E RUBRIQUEI
Thayane Emídio

Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PAÍS: BRASIL

ESTADO: CEARÁ

MUNICÍPIO: AQUIDAUANA

CELEBRANTE: MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

POLEGAR DIREITO

PAISADO PLASTIFICAR

Monique Queiroz de Santana Lima

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005015019960 DATA DE EMISSÃO 23/08/2017

NOME MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

FILIAÇÃO MOISES JOAQUIM DE SANTANA

MARIA DAS GRAÇAS HARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 20/11/1987

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:5 ZONA TERMO:19664 FOLHA:164

LIVRO:8-34 FORTALEZA - CE

CPF 027.821.833-46

2ª VIA

Raimundo O. Lima

ASSINATURA DO DIRETOR

P. 190

CE Nº 7.116 DE 23/08/83

VÁLIDO SOMENTE PARA
SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

CARTÓRIO FLUENTIAU - 7.116
AQUIDAUANA - CE
FONE: 3361.2021/3361.2085

Apresentar este documento com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Thayane Emidio

Alicione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florêncio
Mena de Lourdes Tavares Ferraz
Mendonça Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERE E RUBRIQUEI

Thayane Emidio



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
027.821.833-46

Nome
MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

Nascimento
20/11/1987

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

03

CARTÓRIO FLUENTIAU - 7.116
AQUIDAUANA - CE
FONE: 3361.2021/3361.2085

Thayane Emidio

Alicione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florêncio
Mena de Lourdes Tavares Ferraz
Mendonça Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

VÁLIDO SOMENTE PARA
SELO DE AUTENTICAÇÃO



EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº documento: 4.90500483-7	Último Lic.: 2018
Data emissão: 02/05/2019 08:38:03	Nº atendimento:	Código placa: 0825163343-3

NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO

EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019

Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA	CPF / CNPJ: 074.501.933-10
--	-------------------------------

Placa: HYP3343	Chassi: 9C2JC30708R555817	Município: FORTALEZA	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN
-------------------	------------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Descrição (Taxa / Multa)	Data Infração	Vencimento	Valor (R\$)	* Valor a pagar (R\$)
253 EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)				21,30
301 LICENCIAMENTO DE MOTO 2019 (1)				106,52

OBS:

Valores válidos até o dia 10/05/2019

ATENÇÃO:

Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2018, até receber o CRLV/2019. Não o recebendo no prazo, procure o Detran imediatamente.

Multas em Processamento e em Defesa Própria Serão Cobradas Posteriormente

* As multas ocorridas a partir de 01/11/2018 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC conforme Resolução CONTRAN 819, de 09/09/2010, Seção II, Art 21.

Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente GETRAN	Débito IPVA NAO	RESUMO
				TAXAS 127,82
				MULTAS 0,00
				301 DETRAN 0,00
				312 PRF/RENAINF 0,00
				313 PREF. 0,00
				Total a Pagar: 127,82

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica

Via Usuário



EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

Data emissão: 02/05/2019 08:38	Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº Documento: 4.90500483-7
Chassi / CPF: 9C2JC30708R555817	Placa: HYP3343	Débito NAO

NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO

EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019

Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA	Atendente: GETRAN
--	----------------------

TAXAS: 253 254 301 253 254 301		
DETRAN - 301 0,00	PRF/RENAINF - 312 0,00	PREFEITURA - 313 0,00
Total Multas (R\$): 0,00		Total a Pagar (R\$): 127,82

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica

Via DETRAN / Registro

CAIXA DE ARRECADAÇÃO FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

127-867263504-1

02/mai/2019

HORA DE 08:55:19

LOT. 05.007789-9

LOCALIDADE: EUSEBIO

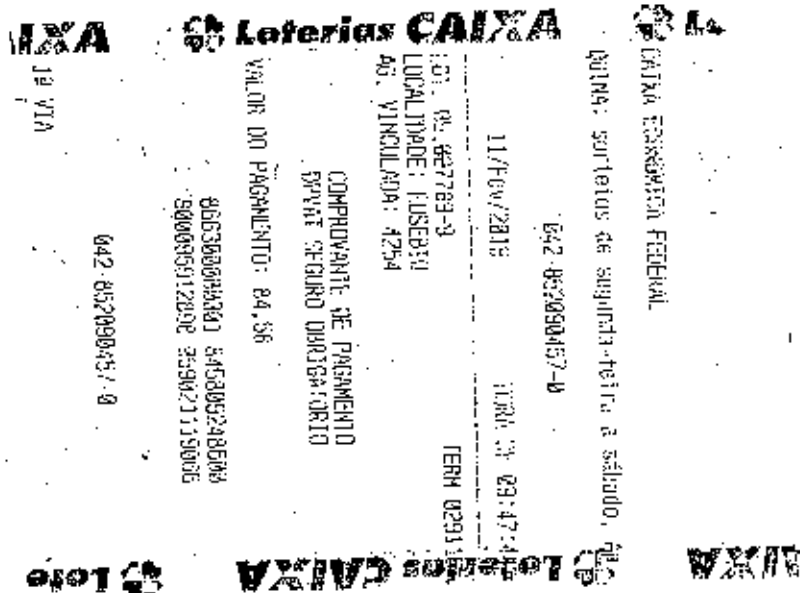
AG. VINCULADA: 4254

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 127,82

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
		Hora: 08:15:29	Código taxa: 301
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008	Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58
			Código corretor: SUSEP
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			Via Usuário
866300000001 845809248600 800095912898 059021119066			Autenticação Mecânica

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
		Hora: 08:15:29	Código taxa: 301
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008	Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58
			Código corretor: SUSEP
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			Via LÍDER
866300000001 845809248600 800095912898 059021119066			Autenticação Mecânica



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457698

Cidade: Aquiraz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do acidente: 17/01/2019

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau leve.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 17/01/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação das fraturas e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito apresentou importante hipotrofia muscular e diminuição de força e mobilidade no membro. Com relação às demais lesões, permanece em período de convalescença das lesões. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro superior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro superior direito, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457698 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA BILATERAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO E ARTRODESE DO JOELHO ESQUERDO / PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7/8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: ** BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO ACOSTADO NA ABA: DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML , PÁG 2.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Número do Sinistro: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074.501.933-10

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

JOSE RONIS DA SILVA LIMA : 074.501.933-10

Autorização de pagamento

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: 11/09/2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
CPF: 074.501.933-10

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves