
Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Nº Sinistro: 3180440205

Vitima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180440205**.

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, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Nº Sinistro: 3180440205

Vitima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180440205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO**

Nº Sinistro: **3180440205**

Vítima: **FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO**

Data do Acidente: **04/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180440205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180440205

Vítima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180440205 **Vítima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO**

Data do Acidente: 04/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000075032-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



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 (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.939.683-37

Nome completo da vítima

Francisco Elias da Silva Castro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|-----------------------|----------------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Francisco Elias da Silva Castro | 034.939.683-37 | Autônomo |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua - Lindolfo Friere | 154 | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| Quintino Linha | Fortaleza | CE |
| Email | | CEP |
| | | 60350-750 |
| | | Telefone (DDD) |
| | | 85.98870.1298 |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input 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 (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1887

D/V

CONTA

75032

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO

Nome _____ N/R: _____

AGÊNCIA

N/R: _____

CONTA

N/R: _____

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Fortaleza, 12 de setembro de 2019

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

Francisco Elias da Silva Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

20 SET 2018 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3517 / 2018

Dados da Ocorrência



Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/08/2018 15:15:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2018 20:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA INDEPENDENCIA**
 Complemento: **C/ AV. CORONEL CARVALHO**
 Bairro: **JARDIM IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO**
 Nascimento: **27/01/1988** CPF: **034.939.683-37**
 RG: **2003010379687** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **MARIA DAS GRAÇAS DA ROCHA SILVA**
FRANCISCO DE CASTRO ANDRADE
 Endereço: **RUA LINDOLFO FREIRE, 154**
 Bairro: **QUINTINO CUNHA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP: **Telefone: (85) 98874-6574**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA DAS GRAÇAS SILVA DE CASTRO**
 Nascimento: **03/05/1968** CPF: **619.108.643-15**
 RG: **95002527550** Orgão Emissor: **SSPDS**
 Filiação: **FRANCISCA DA ROCHA SILVA**
PAULO GOMES DA SILVA
 Endereço: **RUA LINDOLFO FREIRE, 154**
 Bairro: **QUINTINO CUNHA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**

UF:

CEP:

Telefone: **(85) 98626-3330**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQR0948** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110AR511043** Renavam: **164814035** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **SIGNUS CONSTRUC. E ASSESSORIA TECN. LTDA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A NOTICIANTE(MÃE DA VITIMA) COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA(FILHO DA NOTICIANTE) TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA NQR-0945 NA AV. INDEPENDÊNCIA QUANDO UM GATO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VITIMA FAZIA COM A MOTO, VINDO A VITIMA COLIDIU COM O GATO CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PROPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

20 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3517 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Delânio Campelo Almeida*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221105 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francisco Elias da Silva Castro

CPF da Vítima

034.939.683-37

Data do Acidente

04/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDC)

85-98870.1298

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Fortaleza, 12 de setembro de 2019

Local e Data
Investprev Seguradora S/A.

Francisco Elias da Silva Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

20 SET. 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO | | Nº DO PRONTUÁRIO 176847 | Nº DO BE 226367 |
| CADÚS | | SEXO M | RACACOR PARDO |
| NOME MAE MARIA DAS GRACAS DA ROCHA SILVA | | NOME RESPONSÁVEL O MESMO | UF CE |
| ENDERECO TRAVESSA ANA 20 B QUINTINO CUNHA | | MUNICÍPIO FORTALEZA | CEP NI |
| CONTATO (85)98795-0690 | | OCORRÊNCIA | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DETALHOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| | | | | |
|---|----------------------------|--|-----------------------------|----------------|
| GÊNERO PACIENTE RELATA DOR E EDEMA PE D | | MOTIVO ENTORSE | ESCALA DE DOR 5 (ADULTO) | |
| SINTOMAS NI | | SINAIS VITais | | |
| PESO NI KG | PRESSEAO ARTERIAL NI/NI | SAT O2 NI% | PULSO NI | GLICEMIA NI |
| TEMPERATURA NI °C | ALERGIAS NEGA | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NERY LAND MAIA DE LIMA | | |
| CLASSIFICAÇÃO VERDE | | | | |
| DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/07/2018 20:25:47 | | | | |

 ÁREA DE ATENDIMENTO
 ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Defom de d no forro de
 Fratura luxação do punho
 Fratura luxação do punho

| | |
|---|-------------------|
| DIAGNÓSTICO | COD. PROcedimento |
| () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X | () OUTROS |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | |
|-------------|-------------|-------------|
| MÉDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
| Perls | redutor | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TIPO DE ALTA/SAÍDA

| | | |
|---|----------------------------|---|
| ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNACAO MÉDICA () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL | DATA E HORA DO ATENDIMENTO | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO/ESPECIALISTA |
|---|----------------------------|---|

Impresso por nery land maia de lima em 04/07/2018 às 20:25:51

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 Penal.

FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO



Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 00000075032-6

Nr. da Autenticação E273C4CE67B1DD03



Nº de Inscrição:

001468855

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DAS GRACAS SILVA DE CASTRO
 End. Lote/rua: RU LINDOLFO FREIRE, 154, QUINTINO CUNHA
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega:
 Cidade: FORTALEZA
 Local: 001 Setor: 041 Quadra: 0023 Lote: 0329 CEP: 60350-750
 Edifício: 00 Subsolo: 00

RESIDENCIAIS: 001 | Comerciais: 000 | Industriais: 000 | PÚBLICO: 000

| INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO | | Lectura Anterior | Lectura Atual | Volumen(m ³) | Média Semestral(m ³) |
|-----------------------------|------------|------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|
| Serviço | Medidor | 72 | 76 | 4 | 7 |
| ÁGUA | A17F065799 | | | | |

| DETALHAMENTO DA LECTURA | | Lectura Atual: 19/06/2018 | Lectura Anterior: 19/06/2018 | Lectura Agua: 2369394 |
|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Lectura Anterior: 21/05/2018 | | Próxima Lectura: 08/07/2018 | | Lectura Cota: 196473 |

| VALORIZAÇÃO DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: | | 04/2018 | Conforme Total: | Indicativo Cota: |
|--|-------|---------|-----------------|------------------|
| 1º de Abastecimento | Cota: | | | |
| Exigidas | 533 | 533 | 126 | 533 |
| Analizadas | 543 | 543 | 543 | 541 |
| Em conformidade | 533 | 533 | 531 | 541 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
 MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
 Constatamos débito de R\$ 93,99. Caso pago, desconsiderar.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

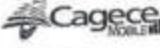
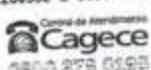
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | DETALHADO DE VOLUME | | |
|---------------------------|-------------|---------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Mês/Ano | Agua (m ³) | Total (m ³) |
| ÁGUA | 24,40 | jun/17 | 12 | 10 |
| ESGOTO | 19,52 | jul/17 | 11 | 8 |
| PARCELAMENTO DE DEB | 60,38 | ago/17 | 0 | 10 |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 1,36 | set/17 | 14 | 11 |
| MULTA DE 2% | 1,23 | out/17 | 9 | 7 |
| LIG. ÁGUA C/INST. H | 7,90 | nov/17 | 11 | 8 |
| JUROS/MULTA TARIFA CONT | 0,03 | dez/17 | 8 | 6 |
| ACRESC. IMPONT. ÁGUA-TARI | 0,04 | jan/18 | 0 | 10 |
| RELIBERACAO DE ÁGUA | 12,00 | fev/18 | 10 | 8 |
| | | mar/18 | 5 | 4 |
| | | abr/18 | 7 | 5 |
| | | mai/18 | 0 | 10 |

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO | Descrição | Valor (R\$) | SUBSÍDIO | | Valor (R\$) |
|------------------------------|-----------|-------------|---------------------|-------------|-------------|
| | | | Descrição | Valor (R\$) | |
| PIS | 1,21 | | VALOR DO SERVIÇO | 151,24 | |
| COFINS | 6,06 | | VALOR DO SUBSÍDIO | 24,38 | |
| | | | VALOR TOTAL A PAGAR | 126,86 | |

| MÊS/ANO | VENIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 06/2018 | 06/07/2018 | 126,86 |

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275-0188, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3161.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1910. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 5328.

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

355673052280992 - 0396

Código de Responsável:

Local: 001 Setor: 041 Quadra: 0023 Lote: 0329

Edifício: 00 Subsolo: 00

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 06/07/2018

06/2018
Investorev Seguradora S/A.
0000

Total (R\$)

126,86

82670000001 9 26860009600 5 00146885501 8 01006622015SET 2018



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Francisco Elias da Silva Castro RG: 2003010379687
CPF: 034.939.683-37, residente e domiciliado (a) na Rua Guadalupe Frias 154 na
cidade de Fatima, no estado de Ceará, venho por meio desde,
informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local
incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo
envolvido no acidente.

Nome do proprietário: SIGNUS CONSTRUÇÕES ASSESSORIA TECNICA

Veículo: PAS / MOTOCICLO / HONDA / C6 125 FAN KS

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQR 0948

Chassi: 9C2JC4L10AR541043

Data do acidente: 04/07/2018

Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data Fonfale 25/09/15

Francisco Elias do Silva Estrela

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

31 OUT 2018

ENTRADA



RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS
CRM: 13993 UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS
CRM: 13993 UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

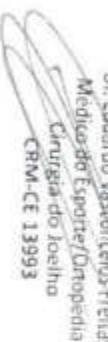
Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE 60610000 Tel.
Prescrição: USO ORAL

1 REVANGE _____ 1 CX.
TOMAR 1 CP DE 800H SE DOR INTENSA.

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO


Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico do Esporte/Otropedia
Cirurgia do Joelho
CRM-CE 13993

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS
CRM: 13993 UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001

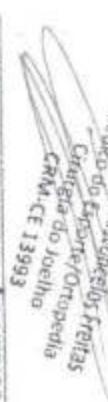
Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE 60610000 Tel.
Prescrição: USO ORAL

1 REVANGE _____ 1 CX.
TOMAR 1 CP DE 800H SE DOR INTENSA.

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO


Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico do Esporte/Otropedia
Cirurgia do Joelho
CRM-CE 13993

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

Data : 04/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Data : 04/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Para Elias de Souza
Castro vitimado
Acidente de moto
em 04/07/18 com
fratura luxação do
tornozelo e internado
para cirurgia.
atualmente em
Internamento
no Sul Hospital

01/08/18

Mario Jorge Gomes da Faria
Ortopedia e Traumatologia
CREMEEC 2812

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Data do Atendimento: 04/07/2018

RECEITA

USO ORAL

1. BIPROFENID 150 MG ----- 1 CX
1 CP AO DIA POR 5 DIAS

*Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico do Esporte/Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM-CE 13993*

RP3000N

EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS 04/07/2018 23:55

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018
192.85.4.101

ANTONIO
PAUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ANTONIO
PAUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.

32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE
0610000 Tel:
Prescrição:

MAXSULID 400 MG ————— 01 CX COM 10

TOMAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 05 DIAS

LISADOR ————— 01 CX

TOMAR 01 COM DE 06 ME 06 HORAS POR 05 DIAS

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.

32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE
0610000 Tel:
Prescrição:

MAXSULID 400 MG ————— 01 CX COM 10

TOMAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 05 DIAS

LISADOR ————— 01 CX

TOMAR 01 COM DE 06 ME 06 HORAS POR 05 DIAS

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

Data : 18/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident:

UF:

Cidade:

Telefone:

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM: 11104 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel:
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via referência da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM: 11104 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel:
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via referência da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

Data : 17/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Data : 17/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Data : 17/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

*Dados da Reclamação***Protocolo:**
2297591/2019**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Reclamada:**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**
03/01/2019 16:37:10*Dados do reclamante***Segurado:**
FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO**UF:**
CEARÁ**CPF/CNPJ:**
034.939.683-37*Formas de contato***E-mail:**
denuncieaki123@gmail.com**Endereço:**
RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779**Bairro:**
CENTRO**CEP:**
60.055-090**Cidade:**
FORTALEZA*Dados da denúncia***Assunto:**
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/440205, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está com exigências abusivas de documentação médica. Solicitando o envio de mais documentos médicos que descreva o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial.

Investprev Seguradora S/A

03 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Documentos

| Tipo | Número |
|------|--------|
|------|--------|

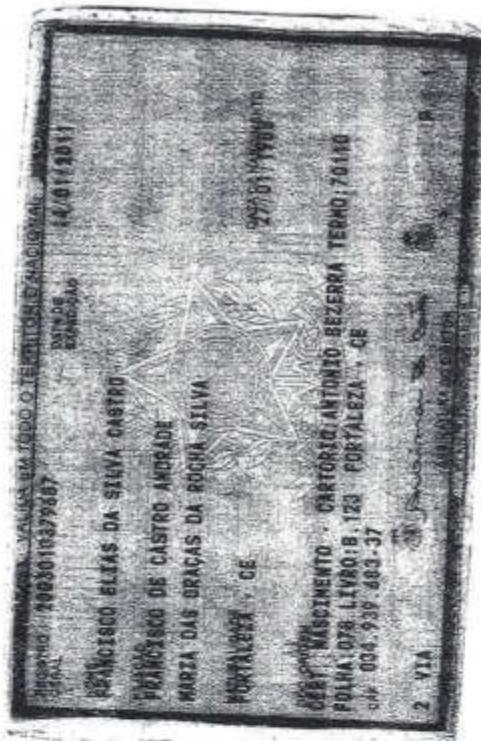
| Encaminhamentos | Atendente | Data |
|--|-----------|---------------------|
| E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, | | 03/01/2019 16:37:10 |

de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Barra GovBr

Investprev Seguradora S/A
03 JAN 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180440205

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço do(a) Examinado(a): R LINDOLFO FREIRE, 154 - FORTALEZA/CE
- CEP 60350-750

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06627954862 - DETRAN-CE. -
18/09/2018

Data e Local do Acidente : 04/07/2018 - FORTALEZA, CE.

Data e Local do Exame : 17/01/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -
FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE, ONDE FOI
INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM
REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS.
FEZ 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM DEZEMBRO DE
2018, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

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

MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO,
DEFORMIDADE ÓSSEA DO TORNOZELO DIREITO, CICATRIZES
CIRÚRGICAS NA FACE MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO,
ENCURTAMENTO DO MID EM 1,0 CM E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO
DO TORNOZELO DIREITO.

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

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

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

DEBILIDADE GRAVE DO TORNOZELO DIREITO, PELO EDEMA,
DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180440205 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CASTRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO (LADO NÃO DEFINIDO).

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180440205 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
CASTRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO, DEFORMIDADE ÓSSEA DO TORNOZELO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE MEDIAL E LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, ENCURTAMENTO DO MID EM 1,0 CM E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 50 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA MÉDICA EM DEZEMBRO DE 2018, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

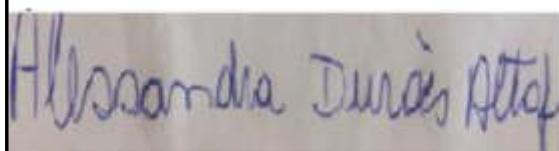
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346789/18

Vítima: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

CPF: 034.939.683-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO : 034.939.683-37

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: 20/09/2018
Nome: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO
CPF: 034.939.683-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

ANDERSSON COSTA SILVA