

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**

Carta nº 13410062



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](http://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



**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, 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](http://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 (no 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 Francisco Elias da Silva Castro		CPF titular da conta 034.939.683-37	Profissão Autônomo
Endereço Rua Lindolfo Friere		Número 154	Complemento
Bairro Aimorino Cunha	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60350-750
Email			Telefone (DDD) 85-98870.1298

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00
<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\$ 10.001,00

  

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>	
AGÊNCIA NRO. 1887	DV [ ]	CONTA NRO. 75032	DV 6
(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 2018

Local e Data

Francisco Elias da Silva Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Investprev Seguradora S/A.

20 SET 2018 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DAS GRAÇAS DA ROCHA SILVA**  
**FRANCISCO DE CASTRO ANDRADE**  
Endereço: **RUA LINDOLFO FREIRE, 154**  
Bairro: **QUINTINO CUNHA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** 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** UF:  
Filiação: **FRANCISCA DA ROCHA SILVA**  
**PAULO GOMES DA SILVA**  
Endereço: **RUA LINDOLFO FREIRE, 154**  
Bairro: **QUINTINO CUNHA** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** 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  
Fabricação: **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 PRÓPRIOS. 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 Nº 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:** *Marcelo dos Santos Silva de C.*

**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 022 1204 ou 0800 022 1105 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

**Casos com vítima interdita 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 <i>Francisco Elias da Silva Castro</i>	CPF da Vítima <i>034.939.683-37</i>	Data do Acontecimento <i>04/07/2018</i>
---	--	--

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>85-98830.1298</i>

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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 2018*

*Francisco Elias da Silva Castro*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data  
Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de  
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

### DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO  
R# DO PRONTUÁRIO: 176847  
R# DO SE: 226367  
CÁDUS: NASCIMENTO: 27/01/1986(32 ANOS) SEXO: M RAÇA/COR: PARDO  
NOME MAE: MARIA DAS GRACAS DA ROCHA SILVA  
NOME RESPONSÁVEL: O MESMO  
ENDEREÇO: TRAVESSA ANA 20 B QUINTINO CUNHA  
MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE  
CONTATO: (85)98795-0690 CEP: NI

### OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PACIENTE RELATA DOR E EDEMA PE D  
MOTIVO: ENTORSE  
ESCALA DE DOR: 5 (ADULTO)  
SINTOMAS: NI

### SINAIS VITAIS

PESO: NI KG PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI SAT O2: NI% PULSO: NI GLICEMIA: NI  
TEMPERATURA: NI °C ALERGIAS: NEGA  
CLASSIFICAÇÃO: VERDE RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICAÇÃO: NERY LAND MAIA DE LIMA DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 04/07/2018 20:25:47

### ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO:  
ATENDIMENTO TRAUMA

### ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Reforço de dor no tornozelo  
Fratura luxação do tornozelo  
fratura

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

RAIO X SOLICITADO:

( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Paro

Adm

### TIPO DE ALTA/SAÍDA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

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 toda a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 Penal.

FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

NOTA: O QUE COMEÇA COM:

Marcia Ramos  
MGL 45632  
Coordenador de SAME - HDEAM

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: 000000075032-6

---

Nr. da Autenticação E273C4CE67B1DD03



Nº de Inscrição:

001468855

## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DAS GRACAS SILVA DE CASTRO

End. Loteamento: RU LINDOLFO FREIRE, 154, QUINTINO CUNHA

CPF: 60350-750

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP:

Cidade:

Local: 001

Setor: 041

Subsetor: 00

Quadra: 0023

Subquadra: 00

Lote: 0329

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 800

Pública: 000

## ORÇAMENTOS SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen (m³)	Medida Semestral (m³)
AGUA	A17F065799	72	76	4	7

## CÓDIGO

Lectura Atual: 19/06/2018

Lectura Anterior: 19/06/2018

Lectura Anterior: 18/07/2018

Lectura Anterior: 196423

## VALORES DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A:

Valor de Abastecimento	Custo	Taxas	Outras	Contribuição Total	Subtotal (R\$)
533	533	126	533	541	541
543	543	543	543	541	541
533	533	531	512	512	541

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.  
Constatamos debito de R\$ 93,99. Caso pago, desconsiderar.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	DETALHAMENTO DE VALORES		
		Mês/Ano	Agua (m³)	Sapoto (m³)
AGUA	24,40	jun/17	12	10
ESSOTO	19,52	jul/17	11	8
PARCELAMENTO DE DEB	60,38	ago/17	0	10
JUROS DE 0,03% AO DIA	1,36	set/17	14	11
MULTA DE 2%	1,23	out/17	9	7
L.T.B. AGUA C/INST. H	7,90	nov/17	11	8
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,83	dez/17	8	6
ACRESC. IMPONT. AGUA-TARI	0,04	jan/18	0	10
RELIQUACAO DE AGUA	12,00	fev/18	10	8
		mar/18	6	4
		abr/18	7	5
		mai/18	0	10

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO		Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição		
PIS	1,21	VALOR DO SERVICO		151,24
COFINS	6,06	VALOR DO SUBSIDIO		24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR		126,86
MÊS/ANO		VENCIMENTO		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.

I: 355673052280992 L: 0396 H: 12:00:56 R: 098 P: 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0185, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://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](http://www.arce.ce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: FORTALEZA: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 205 1918. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

355673052280992 - 0396

Inscrição: 001468855

Código de Residência:

Local: 001

Setor: 041

Subsetor: 00

Quadra: 0023

Subquadra: 00

Lote: 0329

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 06/07/2018

Investprev Seguradora S/A.

Total (R\$)

126,86

82670000001 9 26860009600 5 00146885501 8 01006622015 2018



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSEIRO DE VEÍCULO

Eu, Francisco Elias da Silva Castro RG: 2003010379687  
CPF: 034.939.683-37, residente e domiciliado (a) na Rua Randolfo Freire 154 na  
cidade de Fortaleza, no estado de Ceará, venho por meio deste,  
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: SIENVS CONSTRUC E ASSESSORIA TEC

Veículo: PAS/MOTOCICLO 1 HONDA 16 125 FAN KS

Ano: 2009/2010

Placa: NQR0948

Chassi: 9C2JC4L10AR5L1043

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  
Dpvt.

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

Local e data Fortaleza 25/09/18

Francisco Elias da Silva Castro

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

31 OUT 2018

ENTRADA

JAIME ARARIPE  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Det. Jaime de Almeida Araripe Junior - Titular Det. Guilherme Augusto de Almeida Araripe - Substituto  
Av. Mote Hall 896 - CEP 60156-001 - Fortaleza - Ceará - (85) 3211-3101 - jaime@araripe.com

2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO  
que confere e/ou palmar em, nesta permissão, Dou fé.  
Fortaleza, 25 de setembro de 2018, 12:11:22. Em testemunho da verdade,  
Jaime Araripe Assessor Jurídico (Assessor) - Titular R\$ 0,90.  
Válida somente com o selo de autenticidade PUNCA Kelly



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

CRM: 13993 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055-401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
 2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas  
 Médico do Esporte/Oftalmologia  
 Cirurgião do Joelho  
 CRM-CE 13993

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

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 8/8H SE DOR INTENSA

Data : 04/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

CRM: 13993 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055-401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
 2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas  
 Médico do Esporte/Oftalmologia  
 Cirurgião do Joelho  
 CRM-CE 13993

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

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 8/8H SE DOR INTENSA

Data : 04/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018



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



Prefeitura de  
Fortaleza

## RECEITA

FCs Elias de Silva  
Castro vítima de  
Acidente de moto  
em 04/07 18 com  
fratura luxar do  
tornozelo 7<sup>o</sup> internado  
para cirurgia,  
atualmente em  
tratamento  
ambulatorial

04/08/18

Mário Jorge Gomes da Frola  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 28.12

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) 34893210 CNPJ - 4.885.197/0010-35

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018



ANTONIO  
PRUDENTE

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

### 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 da Joelha  
CRM-CE 13993

RP3000N

EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

04/07/2018 23:55

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

132.85.4.101



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.  
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria  
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 8260

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE  
60610000 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

Data : 18/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.  
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria  
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 8260

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

Endereço: VL MOZART - QUINTINO CUNHA - CS ALTOS 32 QUINTINO CUNHA FORTALEZA CE  
60610000 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

Data : 18/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: **EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS**

CRM: 11104

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel:  
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

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

80610000 Tel:

Prescrição: USO ORAL

CEFADROXILA 500MG ----- 14 CP

TOMAR 1 CP VO DE 12/12H POR 7 DIAS



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

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: **EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS**

CRM: 11104

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel:  
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

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

80610000 Tel:

Prescrição: USO ORAL

CEFADROXILA 500MG ----- 14 CP

TOMAR 1 CP VO DE 12/12H POR 7 DIAS

Investprev Seguradora S/A.

20 SET. 2018

Data : 17/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data : 17/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BRASIL

Serviços Barra GovBr

*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.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

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



## MINISTERIO DAS CIDADES

№ 013570690813

*Journal of Management Education*

— **EXERCISE 10**

EVENTS

FOR THE BOARD OF DIRECTORS

15232100001045

AND FARM	W-2 MDU
MARCA MODELO	
AND FARM	W-2 MDU

CONTINUA	VERBO CONTINUA	VERBO CONTINUA
continua a fare, a fare	continua a fare, a fare	continua a fare, a fare

中子剂量率/mSv/h	0.0001~0.001	3" 中子剂量率测量仪
-------------	--------------	-------------

# SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA  
NOVILLO PARA TRANSPARENCIA

	DATA
100-7-68	

**Hye-Rong**

SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS PERSONALES CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE AL PÚBLICO EN SU CARA A PESSAS TRANSPORTADAS O ILICITAMENTE - SEGURO PRIVAT

CE Nº 013570690813 BILHETE DE SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 4800 622 1204

2017/4/20/2017

201	23/07/2009	NIRP045
-----	------------	---------

NO. 1000	1000
NO. 1000	1000

[illegible]

81.77	9.03	90.55
-------	------	-------

4.15	0.7	185.5
------	-----	-------

CONTINUUM	PAGE ADD	11/09/2017
-----------	----------	------------

CHN 09,248-5080807-04

PHOTOS: 2011.05.11 000749

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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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 CASTRO **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## 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 INVIABILIZOU 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: RAIOS 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, DESCRREVENDO 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 CASTRO **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## 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:**

Alessandra Duraes Altaf

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346789/18

**Vítima:** FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

**CPF:** 034.939.683-37

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Titular do CPF:** FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

FRANCISCO ELIAS DA SILVA CASTRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA