

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, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILEUDO 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



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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILEUDO 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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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



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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCILEUDO 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



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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCILEUDO 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



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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**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: **3200246165**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO MONTEIRO, 4671, , Tabuleiro do Norte/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS / 1826375**

Data e local do acidente: **30/08/2018 - Tabuleiro do Norte/CE**

Data e local do exame: **02/10/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta do 3º dedo da mão direita Fratura exposta do fêmur direito

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

Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva em setembro de 2020.

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

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 0°, rotação medial aos 35°, rotação lateral aos 40°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, 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 inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 110°, extensão aos 0°. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 50°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar normal, movimento de pinça normal.

IV. Nexo 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

Sequela funcional moderada do 3º dedo da mão direita pela perda parcial da mobilidade. Sequela funcional leve do membro inferior pela perda parcial dos movimentos, pela alteração do tônus, do trofismo e da marcha.

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 ás regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

3º Dedo da Mão Direita - Médio - 50%

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	06344566361	FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA	6 - CPF: 06344566361		
7 - Profissão: MODADOR	8 - Endereço: ANTONIO MONTEIRO	9 - Número: 4671	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: POPULARES	12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (61) 997083959		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: 290 (Paguejup)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 0001

CONTA: J8725115

(Inserir 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.

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

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 07.7.2020

*Franciludo da Silva Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020403165



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 555 - 421 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 11:18:19**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2018 11:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT MOITA VERDE, ZONA RURAL - TABULEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**
Nascimento: **08/03/1995** CPF: **063.445.663-61**
RG: **20081826375** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98152-6407**

Noticiante(s)

Nome: **LEURILENE DA SILVA LIMA**
Nascimento: **12/03/1996** CPF: **055.597.653-09**
RG: **20073590074** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** Telefone: **(88) 99685-4847**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCI5521** Uf: **CE** Município: **TABULEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4120BR527423** Renavam: **313098026** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE RIBEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que ia conduzindo o veículo de placa OCI-5521/CE e na garupa ia o seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA quando o pneu da moto deslizou no "barranco de barro" que tinha no meio da estrada "carroçal", vindo a se desequilibrar e colidir com um poste; QUE; a noticiante não teve nada de grave, mas seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA teve fratura exposta em coxa direita e mão direita, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital São Raimundo em Limoeiro do Norte e de lá foi transferido para o IJF em Fortaleza, onde se submeteu a cirurgia. E nada mais disse e lhe foi perguntado.///



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020403165



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 555 - 421 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Linamária de Melo Oliveira
LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vicente de Souza Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426

Y Francisco de Souza Lima

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

06344566361

4 - Nome completo da vítima:

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

6 - CPF:

06344566361

7 - Profissão:

MODADOR

8 - Endereço:

ANTONIO MONTEIRO

9 - Número:

4671

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POPULARES

12 - Cidade:

TABULEIRO DO NORTE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62960-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(61) 997083959

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: 290

(Paguejup)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 0001

CONTA: J8725115

(Inserir 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.

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

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varízeas)? Sim Não

31 - Vítima teve imóveis? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 07.2020

*Francileudo da Silva Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006828116-1

Nr. da Autenticação 63F99575C1830DF9

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

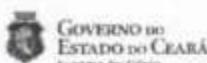
BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006828116-1

Nr. da Autenticação 63F99575C1830DF9

2º Via



Nº de Inscrição:

0015616851

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

End. Leitura: RUA ANTONIO MONTEIRO, 4671, CENTRO

Cidade: TABULEIRO DO NORTE

CEP: 62.960-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Logr: 003

Setor: 006

Quadra: 0326

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Públ/Com: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AQUA	A18N176843	175	190	15	14

DATAS

Leratura Atual: 21/10/2019 | Emissão: 20/11/2019 | Lacre Água: 3781852
Leratura Anterior: 20/09/2019 | Próxima Leratura: 21/11/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	032	032	010	032	032
Analíticas	033	033	033	033	033
Em conformidade	033	033	033	033	033

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracão substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

Descrição dos serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Engoto (m³)
AQUA	66,45	SET/2019	13	0
MULTA DE 2%	1,13			
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,93			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
MÊS/ANO	VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
10/2019	06/11/2019			66,51

ONDE PAGAR SUA FATURA

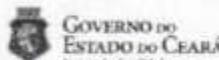
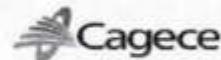
Bancos: Bradesco, BB, Itaú, Sicredi, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estatual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - 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

Inscrição: 0015616851 | Código de Responsável: Mês/Ano: 10/2019

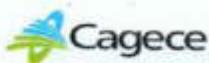
Logr: 003 | Setor: B | Quadra: 0326 | Lote: 0070 | Comp: 0000

Cidade: TABULEIRO DO NORTE | Vencimento: 06/11/2019 | Total (R\$): 66,51

82690000000-9 68510009900-9 01561685100-0 03000131025-6



EMISSÃO: UN-BBJ 20/11/2019 08:48:52



Nº de Inscrição:

015283020

DADOS DO CLIENTE

VERINETE JORGE DE OLIVEIRA
RUA JOSE PINTO FILHO, 40, 08 DE SETEMBRO,
TRIBUTO DO NORTE - CEP: 62280-000
Codif. leitura: 003.003.0174.0136.0000.00.00

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Lerura Anterior	Lerura Atual	Volumen(s)	Média Semanal (m³)
Água	R101-73015	767	807	10	11

DATAS

Lerura atual: 17/02/2020 Emissao: 17/02/2020
Lerura anterior: 17/01/2020 Proxima leitura: 17/03/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2019

Nº de placa/selos	SG02	SG03	SG04	SG05	SG06	Total	Categoria(s) da(s) s
SG02	032	032	010	032		032	
SG03	033	033	033	033		033	
SG04	033	033	032	033		033	

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Seguro (m³)
	40,30	FEB-19	15	0
		MAR-19	15	0
		ABR-19	14	0
		MAY-19	13	0
		JUN-19	13	0
		JUL-19	15	0
		AGO-19	14	0
		SET-19	14	0
		OCT-19	14	0
		NOV-19	14	0
		DEZ-19	15	0
		JAN-20	14	0
		FEB-20	15	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,35	VLR OR. DO SERV/100	11,10	
COFINS	1,92	VLR OR. DO SUBSÍDIO	0,50	
		VLR OR. TOTAL P. PIS/COF	40,30	

MÊS/ANO

02/2020

VENCIMENTO

05/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

40,30

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

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



Fatura Mensal

Via de agente
arrecadeira

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 015283020

Mês/ano: 02/2020

Vencimento: 05/03/2020

Total a pagar (R\$): 40,30

82620000000-6 40300009700 2 01528302001 2 02003222015 2





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e suspeitas): 24 horas por dia: 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.suspe.sen.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEPE nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO.² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu JERONIMO JORGE DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 005.631.803/95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCLEUDO DA SILVA LIMA Inscrito (a) no CPF sob o N° 0631445631-61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCILEURO DA SILVA LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.445.663-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ **Renda:** _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

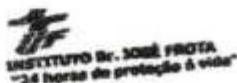
100

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: JOSE PINTO FILHO 40	Número: 40	Complemento: CRSA
Bairro: S. DE SETEMBRO	Cidade: IBAULHEIRO DO NORTE	Estado: CE
E-mail:		CEP: 62960-000
		Tel.(DDD): (88) 997053959

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



RECEITUÁRIO

Nome: François da Silva Lima BE/Prontuário: _____

Sintomas:
- Febre, dor de cabeça
- TURÍF... p65-00 quando de fixação
de fármaco da FFL. MÁDIA DO
3º QUADRANT DIA.

Data: 24/10/18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Yuri Vilegas Rocha
Médico Residente
Cidade São Paulo
CRMESP 2527

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/96 - Via Única - Formato AB (148X210).



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

15430020217

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Financionamento do Sítio Prontuário N° _____Sexo: M F Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Pete na traseira de colisão moto - poste
interno exposto em cor D e molar

Resultado de Exames:

Hx de surto no local Glasgow 15
HT = 100 x 60 mmHg Dx = 160
FC = 72 bpm FR = 16 impm

Conduta já Realizada:

Exame fonoaudiológico | Declarado suspeita

Impressão Diagnóstica: Politranstumosismo CID: _____

Médico 30/08/13 Data _____ Hora _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Especialidade: Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data _____ / _____ / _____ Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M F Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta _____ / _____ / _____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência? SIM NÃO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 083668	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCILEIDO DA SILVA LIMA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 063.445.663-61 Identidade: 20081826375			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 08/03/1995	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE			Idade 23 Ano(s)
Pai FRANCISCO EUDES LIMA		Mãe LENIRA RIBEIRO DA SILVA		
Endereço SITIO MOITA VERDE, SN		Barro ZONA RURAL	CEP 62960-000	Município TABULEIRO DO NORTE
UF CE	UF CE	UF CE	UF CE	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Conjuge		
Responsável LENIRA RIBEIRO DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço SITIO MOITA VERDE, SN	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/08/2018	Hora 13:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES			CRM/UF 10684/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente			Funcionário ALANA JESSICA DE OLIVEIRA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 30/08/2018	ás 14:30 hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impar)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
			72	16	100x60	97	100

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

: Pcte vítima de colisão moto-poste (s/ capacete) , tse episódio de síncope no local c/ fratura exposta em coto D e mto D .

AR: MVT em HTD .

ABD: Flácido, indolor e palpável

pupilas mto caras

af: ✓ Diclofenaco 750 mg

✓ Dexametasona 10mg

✓ BT torot PA 40/40

✓ SV

X Pcte leucocito alto X

X Tricúncio Eucatílio



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** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 2008182637-5, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 063.445.663-61, dia 30/08/2018, às 12h20. Município de Tabuleiro do Norte-CE, na localidade de Mata Verde, zona rural, próximo a ponte da Mata Verde, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e poste, sendo removido para o Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde e em seguida 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, 02 de janeiro de 2020.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS; QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTA INTERNADO NO IJF DESDE DIA^o 30/08/2018 POR FRATURA FEMUR DIREITO NO AGUARDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO SEM PREVISAO DATA ATE O MOMENTO.

CID: S72

Fortaleza, 04 DE SETEMBRO de 2018.

Assinatura e Carimbo Médico



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: FUNICULUS DA SIVA LIMA

Prontuário: 5548443

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Data da Internação: _____ / _____ / _____

Motivo da Internação: POLYTRAUMA

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: LEITO **Internação Unidade:** _____ / _____

Diagnóstico Principal: FRACTURA DE FEMUR COM 3^o QDD. VISCEROS, RINS

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): FIXAÇÃO DO FEMUR

Resumo de Alta / Transferência:

FRACTURA DE FEMUR COM 3^o QDD. VISCEROS, RINS
DE KIRSCHNER. HÁVIA UM BOM ESTADO CLÍNICO

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

UTI Unidade CTQ Risco Transferência Externa Óbito

Orientações de Alta (Setorial): PERMANEÇA NO HOSPITAL. ABLE TERRITÓRIO
TODAS AS SITUAÇÕES, MARCAZ PERTURBOS NO AMBIENTES DA CIRURGIA

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: APÓS FISIOTERAPIA Data: _____ / _____ / _____

Data: 34 / 10 / 18

Dr. Fábio Nóbrega Rocha
Médico

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: LEITO **Internação Unidade:** _____ / _____

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

UTI Unidade CTQ Risco Transferência Externa Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: _____ / _____ / _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA



Paciente: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA Prontuário: : 5578443

Data de Nascimento: 09/03/1945 Data da Internação: 30/08/18

Motivo da Internação: _____

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 21 **LEITO:** 08

Diagnóstico Principal: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta

PACIENTE VITIMA DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO + FX EXPOSTA DE 3 FALANGEANAS MEDIAS DE MÃO DIR

- MÃO TRATADA POR CIRURGIA PLASTICA
- 21/08 DR GUILHERME COLARES: HASTE INTRAMEDULAR FÉMUR DIREITO

Comorbidades apresentadas: _____

Alta Hospitalar

Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: _ORIENTACOES/MOBILIZAR JOELHO E QUADRIL DIREITO/
FAZER USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO/RETORNO AMBULATORIAL 15 DIAS _____

Condições de Alta: Curado Melhorado Inalterado

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: _DR GUILHERME COLARES _____ Data: 15 DIAS

Data: 19 / 10 / 18


Assinatura do Médico / CRM



IJF
INSTITUTO JOSÉ FORTES

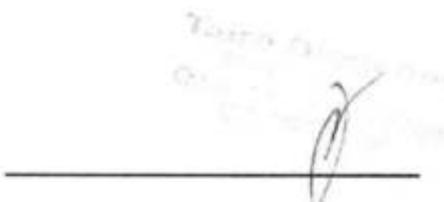
ATESTADO MÉDICO

NOME: : FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 120 DIAS
DEVIDO MOTIVO DE DOENCA.

CID: 572

Fortaleza, 19 DE OUTUBRO de 2018.


Assinatura e Carimbo Médico



NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

LAUDO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o paciente supracitado está sendo acompanhado no ambulatório de Traumatologia do IJF por fratura de fêmur direito.

Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico do femur, com haste..

Paciente, no momento, com dores residuais, em reabilitação fisioterapica

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, no IJF, sem previsão de alta definitiva.

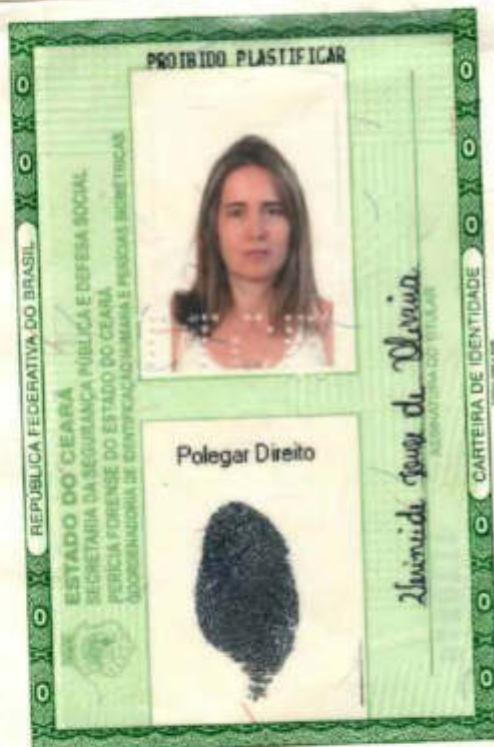
CID : S72;

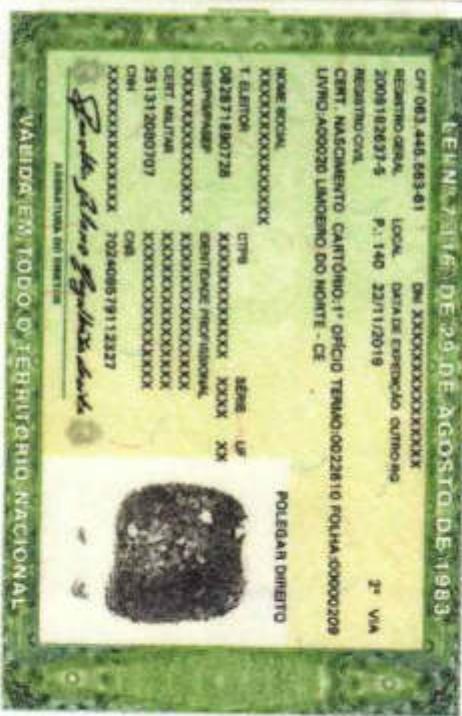
FORTALEZA – CE, 04 DE JANEIRO DE 2019.

A handwritten signature is placed over a rectangular official stamp. The stamp contains the text 'Medico Responsável' at the top, followed by 'I.J.F.' in the center, and '04/01/2019' at the bottom.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL:	2016027927 - 0	DATA DE EXPEDIÇÃO:	26/01/2016
NAME:	VERINETE JORGE DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO:	VALDÉRI JERÔNIMO DE OLIVEIRA		
	JOANA JORGE DE MELO		
NATURALIDADE:	TABULEIRO DO NORTE - CE		
		DATA DE NASCIMENTO:	23/11/1982
DOC. ORIGINAL			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 6792 FOLHA: 76V			
LIVRO: A07 TABULEIRO DO NORTE - CE			
CRF: 005.671.803-95 RG: ANT: 3370885099 P.: 140			
1 VIA			
PROIBIDO PLASTIFICAR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/93			





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200246165 **Cidade:** Tabuleiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DA MÃO DIREITA(P.6)
FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(HASTE INTRAMEDULAR)- FÉMUR DIREITO. (P.7,9)// OSTEOSÍNTESE- 3º DEDO DA MÃO DIREITA (P.6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
3200246165 06344566361 FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA	6 - CPF: 06344566361		
7 - Profissão: MOTORADOR	8 - Endereço: ANTONIO MONTEIRO	9 - Número: 4671	10 - Complemento: CE
11 - Bairro: POPULARES	12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (88) 997083950		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **077 BANCO INTER**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

6828116 1

(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.

22 - 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 atende 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (ai nascer)? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:
--	---	---	--	---	---

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, **TABULEIRO DO NORTE 29-07-2020**

* **Francileudo da Silva Lima**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Vermeida Fern. de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192643/20

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

CPF: 063.445.663-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA : 005.671.803-95

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA : 063.445.663-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/07/2020
Nome: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA
CPF: 005.671.803-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCILEURO DA SILVA LIMA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOPADORE, residente e domiciliado à Rua ANTONIO MONTEIRO, nº 4671, bairro POPULARES, Município de TABULEIRO DO NORTE, Estado de(o) CE, Cep.: 62960-000, portador(a) do Rg nº 20081826375, SSP/CE e CPF nº 06344566361.

Outorgado: VERNEIDE JORGE DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado(a) à Rua JOSE PINTO FILHO, nº 40, bairro R. DE SETEMBRO, Município de TABULEIRO DO NORTE, Estado de (o) CE, Cep.: 62960-000, portador (a) do RG nº 00567180395, SSP/CE e CPF nº 00567180395.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCILEURO DA SILVA LIMA, ocorrido em 30/10/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

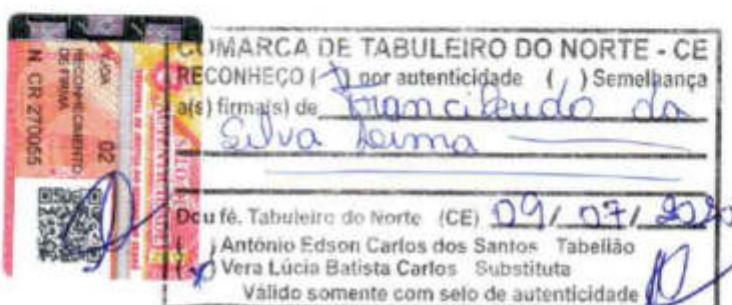
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

TABULEIRO DO NORTE, 8, de JULHO de 2020

CARTÓRIO CARLOS

Francileudo da Silva Lima
Outorgante
CPF Nº 063.445.663 - 61

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192643/20

Número do Sinistro: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

CPF: 063.445.663-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA : 063.445.663-61

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2020
Nome: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA
CPF: 063.445.663-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ANDERSON DE SOUZA LEITE