
Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200123403

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200123403

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200123403

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOEL JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005452-6

Conta: 000001000216-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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:

AGÊNCIA: 5452 6 CONTA: 1000216 8

AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: RAQUEL DUARTE LEITE CPF: 069.055.333-62

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ANTONIA DUARTE LEITE CPF: 248.551.043-91

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 4988 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **17/07/2018 11:51:17**

Data / Hora da Ocorrência: **30/03/2018 15:30:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA TRINGULO**

Complemento:

Bairro:

Município: **NOVA OLINDA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL JOSE DA SILVA**

Nascimento: **04/11/1970** CPF: **148.528.268-38**

RG: **28116762**

Orgão Emissor: **SSPSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSE DA SILVA

Endereço: **RUA LUIZ LACERDA, 133 CASA**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA ELZA DA SILVA**

Nascimento: **29/12/1968** CPF: **326.259.873-91**

RG: **20088478542**

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSÉ DA SILVA

Endereço: **TRAVESSA LUIS LACERDA, 534**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNZ7350** Uf: **CE** Município: **SANTANA DO CARIRI** Chassi:

9C2KC2210HR010668 Renavam: **1106271383** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOEL JOSE DA SILVA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA SEU IRMÃO, JOEL JOSÉ DA SILVA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO CAIU AO SOLO DESMAIANDO NO LOCAL; QUE A VÍTIMA FORA SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES EM NOVA OLINDA, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 4988 / 2018

EM JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE NÃO SABE INFORMAR SE A VÍTIMA É HABILITADA E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonia Elza da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIOGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300027-1-7

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE



CARTORIO RIBEIRO 1º OFÍCIO
Fone: (88) 3223-1533 / 9 9801-4274
Rua Joaquim Floriano Nº 126 - Centro
Bairro: Centro - Crato - Ceará

A presente cópia fotostática confere com original exibido nestas Notas públicas. O referido é verdade. Dou Fé.

29 AGO. 2018

Válido somente com selo de Autenticidade

Roberta Yancey Cruz Ribeiro
Roberta Yancey Cruz Ribeiro
Titular Interina

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: 148.528.268-38 4 - Nome completo da vítima: JOEL JOSE DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOEL JOSE DA SILVA 6 - CPF: 148.528.268-38

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA LUIZ GALERDA 9 - Número: 133 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTANA DO CARIRI 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.190-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88796174242

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 5452 6 CONTA: 1000216 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: RAQUEL DUARTE LEITE CPF: 069.055.333-62

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ANTONIA DUARTE LEITE CPF: 248.551.043-91

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTANA DO CARIRI, 18 de maio de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEL JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05452-6

CONTA: 000001000216-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2404202005000000000023705452000001000216337500 PAGO

EVERARDO DE SOUSA LEITE

RUA MAURÍCIO ALMEIDA, 20, 0
63100-000, ZACARIAS GONÇALVES CRATO LE
ROTA: 0-28-2020

INSCRIÇÃO: 35515-6

MES/ANO: 01/2020

NR. GUIA

200135515

CATEGORIA/QTDE

1-RES:

DESCRIÇÃO

VALOR

Tarifa de Água

PIS

CONFINS

58,18

0,96

4,42

DATA LETEIRA ANTERIOR

DATA LETEIRA ATUAL

PERÍODO

VALOR A PAGAR

24/02/2020

R\$

58,18

LEITURA ANTERIOR

LEITURA ATUAL

CONSUMO REAL

TAXA DE DISTRIBUIÇÃO

METRO

NR. DO METER

INCH

20

INCH

20

INCH

DIÂMETRO

DATA DE INSTALAÇÃO

COORDENADAS: 2-TRONCO DE MANGUEIRA

DIÂMETRO DAS LIGADAS 6 MISTAS

PERÍODO

MES CONSUMO MISTO MÉDIA

ATENÇÃO, CONFORME RESOLUÇÃO N. 01/2
018 DE MAIO DE 2018, FICA AUTORIZADO
REAJUSTE NAS TARIFAS, A PARTIR DE 01
DE JANEIRO DE 2020 DE ACORDO COM IPCA
/1996.

ANÁLISE DE ÁGUA
LABORATÓRIO NITRO

PERÍODO DA ANÁLISE

15/01/2020 a 15/02/2020

PROTEÍDA

UNITADE

MG

VALOR DE REFERÊNCIA

CLORO

MG/L

0,20 a 2,00

621

COLIFORMES

NMP/0,1

0,00 a 5,00

4

ESCHERICHIA

NMP/0,1

0,00 a 0,00

4

FLOON

MG/L

0,00 a 1,50

0

PH

PH

5,00 a 9,50

624

TURBIDEZ

NTU

0,00 a 5,00

0

1,10

0,00

0,00

0,00

6,80

0,00

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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 sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 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.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 LFI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERARDO DE SOUSA LAFITE

inscrito (a) no CPF/CNPJ 246.395.783, 34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOEL JOSE DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.528.268, 38

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDME2

da Vítima

JOEL JOSE DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.528.268, 38

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA MAURICIO ALMEIDA

Número: 26

Complemento:

Bairro: LACANAS CONSTITUCIONAIS

Cidade: CRATO

Estado: CEARA

CEP: 63110130

E-mail:

Tel. (DDD): 88 996174242

Local e Data:

CRATO 18 DE MARÇO DE 2020

Everardo de Sousa Lafite

Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA
Pront.: 111898 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 4 mes(es) e 26 dia(s) Admissão: 30/03/2018 17:49
Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 28116762 Município: SANTANA DO CARIRI
CEP: Bairro: CENTRO Tel.:
Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92 Num: 92

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário 30/03/2018 17:51
Queixa: CLIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, RNC E DISPNEIA INTENSA.

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador: RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JOAO BOSCO SOARES SAMPAIO CRM: 4189 Nº: 419522 Horário 30/03/2018 18:04
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstica: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, REGIÃO CERVICAL E TORAX. LARGADO, SEM RESPOSTA VERBAL, MIDRIASE ESQ.
PACIENTE FOI ENTUBADO LOGO APÓS CHEGADA AO SERVIÇO.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/03/201 17:51	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	RESPIRAÇÃO INADEQUADA	VERMELHO	FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:09	Não	Cancelado
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente

NOME: JOEL JOSE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1970
SOLICITANTE: Dr. ANTONIO DEIVES ALVES FIGUEIREDO
SETOR SOLICITANTE: INTENSIVA
DATA DO EXAME: 01.04.2018
DATA DO LAUDO: 01.04.2018
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 111898

ENFERMARIA/LEITO: 09
HORA DO EXAME: 10:42
HORA DO LAUDO: 10:55

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidefector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

Controle de TCE.

ANÁLISE:

- Fratura da base do processo condilar e incisura mandibular à direita, sem diástase ou deslocamento.
- Material hemático preenchendo cisternas basais, em especial parasselar direita, sulcos intergírais frontoparietotemporais, fissuras, cornos posteriores dos ventrículos laterais e quarto ventrículo.
- Hipodensidade ovalada mal definida em região nucleocapsular direita medindo 1.8 x 1.2 cm com efeito tumefativo caracterizado por colapso ventricular parcial.
- Nódulo calcificado em giro frontal superior direito, medindo 0.5 cm sem evidências tomográficas de edema perilesional.
- Não há evidência de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Elementos ósseos da calota craniana sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura linear mandibular à direita, com envolvimento da incisura e base condilar.
2. Hemorragia subaracnoidea difusa, com predomínio cisternal*, associada a hemoventrículo supra e infratentorial sem hidrocefalia.
3. Área focal de edema citotóxico nucleocapsular à direita sugestivo de isquemia aguda.
4. Calcificação encefálica patológica frontal direita de aspecto tomográfico residual.

Obs: A correlação com o exame anterior, datado de 31.03.2018, evidência:

- Maior definição da área de edema citotóxico nucleocapsular direito (isquemia aguda).
- Estabilidade dos demais achados.

* Predomínio cisternal da HSA e poucas alterações traumáticas cranioencefálicas, devem levantar a suspeita para ruptura de aneurisma. Correlacionar com dados clínicos.


Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA

Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92

Num: 0

Bairro: CENTRO

CEP: 63000-000

Cidade: SANTANA DO CARIRI

UF: CEARÁ

Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Transferência Externa

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE), TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUTA EXPECTANTE. ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI. EVOLUIU COM PAV.

APOS ANGIORESSONANCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO. AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL STO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL clinicamente, afebril, traqueostomizado e

Exames Realizados

osg fast (30/03)

tc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg do tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxona + clindamicina

fazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

11.

Responsável

Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 18/05/2018

Luciana Leonardo de Lucena
Médica
CRM-10.403





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE
GEOGRÁFICA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização social mantida com recursos públicos
provenientes de suas receitas e contribuições sociais

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que se fizeram necessários que a paciente **JOEL JOSÉ DA SILVA, 47** anos, encontra-se admitido neste Nosocômio na Unidade de Cuidados Especiais-UCS, sob os cuidados de Equipe Multiprofissional, com HD: traumatismo crânio encefálico e hemorragia subaracnóide (tratamento conservador) e Pneumonia (tratada).

Apresenta atualmente sequelas motoras e cognitivas graves provavelmente secundárias quadro de traumatismo crânio encefálico grave, alimentando-se de forma exclusiva por via sonda nasointestinal, respirando por traqueostomia sem O2 suplementar, além de estar permanentemente acamado.

Realizou exames de imagem que constataram presença de provável aneurisma em artéria cerebral média direita. Avaliado pela neurocirurgia que orienta transferência do mesmo para Hospital Santo Antônio, para realização de arteriografia e posterior conduta quanto a necessidade de abordagem cirúrgica.

Sob essa linha de raciocínio, solicito transferência do paciente acima, por não dispor do exame acima mencionado neste serviço.

CID 10: S06.9 / 160.1

Juazeiro do Norte (CE), 08/05/2018

Dr. Luciano Fernando de Sousa
Médico
CREMEC - 10.403

Relatório de Cirurgia

Paciente: JOEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 111898

Clínica: UTI II

Enfermaria: UTI II

Leito: 19

Cirurgião: ANTONIO VALDÉCIO SILVA BARROS JÚNIOR Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB SEDAÇÃO
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3) ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2% COM VASOCONSTRICTOR
- 4) INCISÃO TRANSVERSA 2CM ACIMA DA FURCULA ESTERNAL
- 5) DIERESE POR PLANOS
- 6) IDENTIFICAÇÃO + ABERTURA DA TRAQUEIA EM U + REPARO COM FIO NYLON 2-0 NA PELE
- 7) APOSIÇÃO DE PORTEX Nº 8,0 APOS RETIRADA DE TOT SEM INTERCORRENCIAS
- 8) INSUFLAÇÃO DO CUFF + TESTE FUNCIONAL
- 9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 10) FIXAÇÃO DA CANULA
- 11) CURATIVO

Dr. Antonio Valdecio Silva Barros Jr.
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CREMEC 11436



Data

17/04/18

Assinatura

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA

Admissão: 30/06/2018 11:39

Pront.: 111898 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 88 99816-2037

Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA

Sexo: Masculino

RG: 28116762

Município: SANTANA DO CARIRI

CEP 63000-000

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador REGIANE CLARICE MACEDO CALLOU

Horário 30/06/2018 11:5

Queixa: RETIROU SONDA VESICAL DE DEMORA E TRAQUEÓSTOMO HÁ CERCA DE 8 HORAS. APRESENTANDO DESDE ENTÃO SANGRAMENTO URETRAL

Fluxograma: PROBLEMAS URINÁRIOS

Discriminador: RETENÇÃO URINÁRIA

Sato02:

Glasgow:

Temp.: 36,8

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCELO FELIX DE FREITAS

CRM: 6

Nº: 435089

Horário 30/06/2018 12:5

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DA URETRA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE SEQUELADO POR TCE. EM USO DE TRAQUEÓSTOMO E SVD. O MESMO FEZ A RETIRADA HOJE APRESENTANDO SANGRAMENTO POR MEATO URETRAL.



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
CREATININA = SANGUE >REX (0202010317)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente

INFBEN - Informacoes do Beneficio

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 7038753577 JOEL JOSE DA SILVA Situacao: Ativo
CPF: 148.528.268-38 NIT: 1.242.535.406-0 Ident.: 28116762X SP

OL Mantenedor: 05.0.21.050 APS : APS CRATO SIBE
OL Mant. Ant.: Banco : 000
OL Concessor : 05.0.21.050 Agencia: 614093 SAMPAIO CONSTRUcoes - BRADE

Nasc.: 04/11/1970 Sexo: MASCULINO Trat.: 19 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 87 AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA Qtd. Dep. Sal. Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: DESEMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 00
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00

APR. : 0,00 Compet : 00/0000 DAT : 00/00/0000 DIB: 08/10/2018
MR.BASE: 0,00 MR.PAG.: 0,00 DER : 08/10/2018 DDB: 05/12/2018
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

AMPARO Social
INSS
232

11
05
2020



Dr. Tereza Manda Telen

CREMEC 8828

P/ Joel Jose da Silva

ATESTADO

Atento para devidos fins que o paciente citado apresenta problemas de saúde com sequelas de traumatismos físicos e cognitivos graves com grande incapacidade superior a 80% por acidente motociclista em março de 2018. Estar em internação prolongada em Hospital Regional do Cariri. Impedido para exercer suas funções laborais por tempo indeterminado.

CID: S06.0/T90.5/F48.8/I60.1/I69.1

Dr. Tereza Manda Telen

☎ Celular: (88) 99998-6500

Volando à consulta traga esta receita.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOEL JOSE DA SILVA

Nº de inscrição

148528268-38

Data de Nascimento

04/11/70



Este documento é a comprovação de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e suficiente por todo o território, sendo
sem custos para o contribuinte.

Assinatura

JOEL JOSE DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 08/07/94

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

1225575488

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

1225575488

PROTEÇÃO PLÁSTICA

VEREADOR DE SOUSA LEITE



DOC IDENTIFIC: ORG. INSCRIÇÃO Nº

113053686

SEP

CE

CPF

346.395.783-34

DATA DO DOCUMENTO

13/12/1967

ENDEREÇO

FRANCISCO RIBEIRO DE
SOUSA
ANTONIA LEONI LEITE
SOUSA

PROFISSÃO

ADVOGADO

AD

Nº DO VEICULO

00742638410

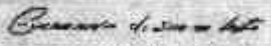
VALIDADE

31/03/2021

1ª EMISSÃO

29/05/1997

EXERCE ATIV. REMUNERADA:



Assinatura do Vereador

LOCAL

CRATO, CE

DATA EMISSÃO

07/06/2016



Assinatura do Vereador

70052230453

CE152745157

DET. N.º 152745157

DET. N.º 152745157

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013870197861
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COD. REG. 1106271383 RUC. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
JOEL JOSE DA SILVA

SANTANA DO CARIRI /CE

CPF / CNPJ 14852826838 PLACA PNZ7350/CE

PLACA ANT. /CE 902KC2210HR010668

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARKA / MODELO HONDA/CB 160 TITAN EX ANO 2016 ANO LIC. 2017

CAP. POT. OIL 2P/OCV/162CC CATEGORIA PARTIC. COR. PREC. COF. VERMELHA

I P V A	DOTA TANGA	VSIC. DOTA	VSIC. DOTA
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COFAS	
	*****	*****	

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 OF. (R\$) 0.70 PREMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 08/01/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL SANTANA DO CARIRI DATA 29/01/2018

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013870197861 BILHETE DE SEGURO DPVAT

14852826838 PNZ7350/

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013870197861 6444948617

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 29/01/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 14852826838 PLACA PNZ7350

REG. 1106271383 HONDA/CB 160 TITAN E

ANO 2016 DE TANG. PAR 902KC2210HR010668

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 81.29	DETRAN (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
--------------------	-------------------	-----------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	OF. (R\$) 0.70	PREMIO TOTAL (R\$) 185.50
-----------------------------	----------------	---------------------------

PAGAMENTO DATA DE OUTUBRO 08/01/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.343.908/0001-01

MOTOR 902KC2210HR010668 0063



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200123403 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE MANDÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU LEVE.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ (P4).

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097685/20

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

CPF: 148.528.268-38

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOEL JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

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

JOEL JOSE DA SILVA : 148.528.268-38

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: 18/03/2020
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE
CPF: 346.395.783-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

EVERARDO DE SOUSA LEITE

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200123403 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4_RELATÓRIO MÉDICO

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOEL JOSE DA SILVA, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO,
Profissão: AGRICULTOR, portador (a) do RG 28.116.762-X órgão expedidor: SSP/SP
e do CPF: 148528268-38, residente no (a): RUA LUIZ LACERDA
nº 133, bairro: CENTRO, município: SANTANA DO CARIRI-CE

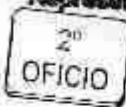
OUTORGADO:

PROCESSO DE INVALIDAR PENHOR

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador
do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua
Maurício Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceara

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do
seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e
poderas para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permitindo para JOEL JOSE DA SILVA este mandato, da vítima

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou
Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.



JOEL JOSE DA SILVA
Assinatura do outorgante

VALIDO COM SELO DE AUTENTICIDADE
CARTÓRIO 2º OFICIO - S. DO CARIRI-CE



Local e data: CRATO 18 DE MARÇO DE 2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

1ª Nome: RAVILLA DUARTE LEITE TESTEMUNHAS

CPF: 069.095.355-62

Ravilla Duarte Leite

Assinatura

2ª Nome: ANTONIA DUARTE DE AQUINO

CPF: 248.751.043-91

Antonia Duarte de Aquino

Assinatura

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de
Joel Jose da Silva
O referido é verdadeiro e do fe.
Et. Cartório
Santana do Cariri (CE) 13/03/2020
adriana...

Pedro de Oliveira Costa
Escrevente Substituto
CPF 092.191.703-10

