

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160606970 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUGENIO ARAUJO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

BENEFICIÁRIO EUGENIO ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 07271558306

Posição em 29-04-2017 09:46:44

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/10/2016	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 3560 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/08/2016 09:22:33**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/04/2016 21:59:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA LEONARDO MOTA**
 Complemento:
 Bairro: **JOÃO PAULO II** Município: **IGUATU/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **EUGENIO ARAUJO DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **29/12/1997** CPF:
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **FRANCISCA FRANCINETE DE ARAUJO DE OLIVEIRA**
AGOSTINHO ALVES DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA SANTA LUZIA** CEP:
 Bairro: **JOÃO PAULO II**
 Município: **IGUATU/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99922-2694**

Histórico

BO PARA EXPEDIÇÃO DE GUIA DE EXAME DE CORPO DE DELITO, AFIRMA A VITIMA QUE CAIU DE MOTO.

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data e informado das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado, trafegava na moto: YAMAHA /FACTOR YBR, 125, K. ANO FAB/ MOD: 2011/2011, COR: PRETA, PLACA; OCI2154./CE, CHASSI: 9C6KE1520BO054259,RENAVAM ; 003344627770,estando a referida moto no nome de: AUGUSTO ARAUJO DE OLIVEIRA, Que o declarante trafegava de garupeiro com seu irmão como condutor: AUGUSTO ARAUJO DE OLIVEIRA; Que um cachorro atravessou na frente da moto, vindo a cair em; Que foi socorrido pelo SAMU, Hospital Regional Iguatu e logo depois transferido para o Hospital de Barbalha,sendo atendido no Hospital Regional de Iguatu pelo DRa Daisy L. Menezes, que segundo o laudo do médico teve,03 coágulos na cabeça e uma bola de ar, tendo um osso da face direita trincado e quebrando 03 dentes; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
Wesley Alves de Araújo

VISTO DO DELEGADO(A) : 
JERFISSON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

DADOS DO PACIENTE							
Prontuário 031738	Atendimento 0002	Nome do Paciente EUGENIO ARAUJO DE OLIVEIRA			CNS 886002/88711201	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 20074324971							
Data de Nascimento 29/12/1967	Local SAO PAULO, SP	Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino		Idade 18 Ano(s)	
Mãe FRANCISCA FRANCINETE DE ARAUJO DE OLIVEIRA		Pai AGOSTINHO ALVES DE OLIVEIRA					
Endereço RUA SANTA LUZIA, 87		Bairro JOAO PAULO II	CEP 63500-000	Município IGUAÇU	UF CE	Foneles 88 99458129	
Responsável AUGUSTO ARAUJO DE OLIVEIRA		CPF do Responsável	Endereço RUA SANTA LUZIA, 87		Município IGUAÇU	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO							
Data Atend. Inicial 05/04/2011	Hora 21:59	Convênio SUS	Matrícula		CID		
Profissional P. Atendimento Dr. Daise		Nº Conselho		Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			
Indicador de atendimento		Funcionário SANDRA MARIA DUARTE DE MELO		Observação Dr. não cadastrado no sistema.			
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Sinais Vitais		P (bpm)		T (ºC)		PA (mmHg)	
Peso (kg)	Altura (cm)					300x70x120	

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

Paciente vítima de acidente
 motorístico, alcoolizado, apresentando
 feridas no membro superior, fratura, fratura, fratura,
 fratura.

050416 21:59L
 Pac. vítima de
 acidente, com es-
 coriações e corte
 no couro cabeludo
 realizado sutura
 curativo

225, desidratado, alcoolizado, e/
 hematomas importantes em região lateral (2), superior (13)

ACP: patologico

abdome plano, flexivo, indolor e palpavel

- conduta:

- ① soro zero
- ② SFC 4% 300ml, EV, 2/2h 500 - 500
- ③ SFS 5% 300ml, EV, 2/2h 500 - 500
- ④ vitamina C - ampola 100mg EV, 2/2h 20 - 20
- ⑤ Bromocriptina - ampola 2mg EV, 2/2h 20 - 20
- ⑥ Sinais vitais EV 2/2h 20 - 20

Dra. Daise T. Menezes
 Médica Cirurgã
 CRM-CE 15.536

At. e Cirurg. gen.

transf. de sangue

Assinatura Paciente/Responsável
 AUGUSTO ARAUJO DE OLIVEIRA

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. 12:30 do Paciente transferido p/ TCE
 H. G. E. 7



Hospital Santo Antônio

Paciente: Lucas
Médico: Dr. [illegible]
Data: 07/10/17
Clínica: [illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

Admitido de modo. De 14h 48 horas
também em febre, agitação, fadiga
e dor no peito. O paciente recebeu
tratamento com amoxicilina e paracetamol.
Apresenta: Comissuras rosáceas
e hiperemia conjuntival (+)
TC pulmonar capilares + HSD

[Handwritten signature]
Médico

Assinatura: Olivero
Setor: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Amox 500mg, Ev 2x/d
Paracet 500mg, Ev 4x/d
Cloroform 1g, Ev 6x/d
Amox 500mg, Ev 2x/d
Paracet 500mg, Ev 4x/d
Amox 500mg, Ev 2x/d
Paracet 500mg, Ev 4x/d
Amox 500mg, Ev 2x/d
Paracet 500mg, Ev 4x/d

Dr. [illegible]
Médico

[Handwritten signature]

DATA DE REGISTRO: 12/05/2017 15:58:11 | Atendimento: 07/04/2016 20:04

Atend. N°: 339009

Departamento: DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA | Unidade: 1Ra Um. Neu. Geriatr.

Endereço: RUA SANTA LUZIA 2145 | Bairro: Sábalo II
Cidade: Fortaleza - CE | CEP: 60511-000
Telefone: (85) 3222-1111 | Fax: (85) 3222-1111
E-mail: atendimento@hospitalhenriquecoelho.neto.com.br

Nome do Paciente: [blank] | Titular: [blank]

Idade: [blank] | Sexo: [blank] | Profissão: [blank]
Data de Nascimento: [blank] | Data de Admissão: 07/04/2016 20:04
Tipo de Admissão: EMERGÊNCIA

RESUMO DE TRATAMENTO

*paciente vítima de queda
de escada*

ANTECEDENTES PESSOAIS

*Asma @ dorst
E.C.H.T*

TC HD em realismo

DIAGNOSTICO

TCE

TRANSFUSÃO DE SANGUE

ENFERMAGEM

TRANSFUSÃO DE PLASMA

CONDIÇÕES DE VIDA:

*Dr. JAMES ROCHA TAVARES
Médico Assistente
07/04/2016
15:58:11*

MEDICINA: 011218 | JAMES ROCHA TAVARES

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/05/2017 às 09:41, sob o número 01381476820178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0138147-68.2017.8.06.0001 e código 2BC6AF3.



IDEMBERG SENA

ADVOCACIA

Causas Cíveis, Trabalhistas, Previdenciárias e Criminais

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, Eugenio Araujo de Oliveira,
brasileiro(a), Sultano, S. Gerais, CPF
072.715.583-06, RG 20074324971, residente
e
domiciliado(a) Rua Santa Luzia, 87, João Paulo II
Iguatu-CE.

DECLARO, consoante ao artigo 1º da Lei nº 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

Declaro, outrossim, está ciente do inteiro teor da Lei nº 7.115/83, bem como que tenho pleno conhecimento de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento poderão ensejar sanções cíveis e criminais (art. 299 do CPB)

Iguatu /CE, 01 de maio de 2017.

Eugenio Araujo de Oliveira

Declarante

*Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, honrarias ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções cíveis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.



IDEMBERG SENA

ADVOCACIA

Causas Cíveis, Trabalhistas, Previdenciárias e Criminais

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Eugenio Araujo de Oliveira,
brasileiro(a), solteiro,
S. Genair, inscrito no CPF sob nº
072.715.385.06, RG 20074324941, telefone
Residente e domiciliado na
Rua Santa Luzia, 87, João Paulo II,
Iguatu-CE CEP 63
500 - 000

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelo Dr. JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, telefones: (88) 3422-3486/9912-8816/9200-0855, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTOo Escritório de Advocacia Idemberg Sena, representado através do advogado JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processos com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

" As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidades do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Iguatu /CE, 01 de maio de 2017.

Eugenio Araujo de Oliveira
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Eugenio Araujo de Oliveira
brasileiro(a), Solteiro
S. Genésio, CPF 072.715.583-06, RG
20074324931, residente e domiciliado
na Rua Santa Luzia, 87, João Paulo II,
Iguatu - CE

DECLARO, para os devidos fins, que sou pobre na forma da lei, não podendo, desta forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de minha família, pelo que suplico a gratuidade da justiça, assumindo inteira responsabilidade, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Iguatu /CE, 01 de maio de 2017.

Eugenio Araujo de Oliveira

Declarante

**Tribunal de Justiça de Sergipe****CÁLCULO DE CORREÇÃO**

Utilizando INPC

Detalhamento dos Meses

Data Inicial.....: 29/12/2006

Valor Inicial.....: R\$ 13500.00

Data Final.....: 20/04/2017

Valor Corrigido.....: R\$ 25.426,04

CÁLCULO DOS JUROS

Taxa de Juros Mensal...: 0

Meses de Juros.....: 123

Valor dos Juros Mensais: R\$ 0,00

Taxa de Juros Diária...: 0,00 %

Dias de Juros.....: 21

Valor dos Juros Diários: R\$ 0,00

Valor total dos Juros: R\$ 0,00

Valor Corrigido + Juros: R\$ 25.426,04

CÁLCULO DA MULTA

Perc. de Multa: 0

Valor da Multa: R\$ 0,00

CÁLCULO DOS HONORÁRIOS

Perc. de Honorários: 0

Valor de Honorários: R\$ 0,00

TOTAL FINAL.....: R\$ 25.426,04**(VINTE E CINCO MIL E QUATROCENTOS E VINTE E SEIS REAIS E QUATRO CENTAVOS)**

- Este serviço é meramente informativo.

Imprimir

Voltar