

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR** (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro  
Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WBAR.19.00034772-6** em **18/07/2019 10:38:39**.

### Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabipompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Barbalha  
**Processo** : 0005079-22.2019.8.06.0043  
**Protocolo** : WBAR.19.00034772-6  
**Tipo da petição** : Petições Intermediárias Diversas  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 18/07/2019 10:38:39

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2614570\_ELABORAR JUNTADA DE DOCS\_01.PDF - 1-2.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 1-27.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 28-33.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE**

**Processo:** 00050792220198060043

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MANOEL DE SALES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BARBALHA, 17 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE MANOEL DE SALES  
**Nº Sinistro:** 3180437414  
**Vitima:** JOSE MANOEL DE SALES  
**Data do Acidente:** 06/06/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437414**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

**REEMBOSOS**

19 SET 2018

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados da Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas a Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

214.737.143-20 | JOSE MARIO DEL DE SALES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSE MARIO DEL DE SALES	214.737.143-20	ACUPICULTOR
Endereço	Número	Complemento
Sítio ESPINHAGO - ARAUÁRA	1491	
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	BARBALHA	CEA
Email	CEP	
	63180-000	
	Telefone (DDD)	
	(88) 9.9278-3095	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO:	CONTA NRO:	AGÊNCIA NRO:	CONTA NRO:
1034	5	33597	5
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

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

BARBALHA/CE, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

*JOSE MARIO DEL DE SALES*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28/08/2018 - BANCO DO BRASIL - 13:42:24  
884212135 0263  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUFANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES  
AGENCIA: 1824-3 CONTA: 33.532-5 VAR:51  
=====  
DATA 28/08/2018  
NR. DOCUMENTO 88.421.213.500.263  
VALOR DINHEIRO  
VALOR TOTAL  
NR.AUTENTICACAO 7.700.84F,63B,58B,F4A

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-19



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**

Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**  
**MANOEL JOAQUIM DE SALES**

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

*RECEBEMOS*

*19 SET 2018*

*Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros  
CNPJ 21.487.736/0001-16  
CE*

CEP:  
Telefone: **(88) 9611-8826**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB4451** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

**9C2JC30101R097345** Renavam: **754344916** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano

Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERDE** Proprietário: **JOSE RICARDO ALVES COUTINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denunciação caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada à rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé immobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

José Airton Saraiva Calixto Júnior:  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300.907-1-3

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X José Cesar Agrelli Lobo

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nogueira  
Corretora de Seguros E.  
CNPJ 21.487.736/0001-00

X José Ricardo Alves Lobo

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 2 de 2

Impresso em: 18/07/2018 10:26:51



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1893 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**

Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**

Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**

Bairro: **CENTRO**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**

**MANOEL JOAQUIM DE SALES**

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

**RECEBEMOS**

19 SET 2018 UF: **CE**

Maria Cedineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-08

Telefone: **(88) 9611-8826**

**Histórico**

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE.

Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00.

Lê-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

Jose Airton Saraiva Calixto Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300907-1-3

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisco Marcelo Moura de Almeida

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima JOSE MANOEL DE SALES CPF da Vítima 214.737.143-20 Data do Acidente 06-06-2011

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

**RECEBEMOS**

**Nome: F. Nobre**  
**CPF: 123.456.789-00**  
**Conselho de Administração**  
**Seguradora Líder DPVAT**

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

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

BARRALHA-CE, 10 de SETEMBRO de 2011  
Local e Data

JOSE MANOEL DE SALES  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDAD SAC VICENTE DE PAULO

SFNHA

## Dados do Paciente

Nome: JOSE MANOEL SALES

Paciente: 444891

Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES

Usuário do Cadastro:

SILVIANO

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961 Idade: 56 Anos / 4 Meses / 27 Dias

Usuário do Atendimento:

SILVIANO

Endereço: SITIO ESPINIFACO

Atendimento

Bairro: RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180070

Telefone: 96118026

## Dados do Atendimento

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Data: 06/06/2017 Hora: 17:24:53

CONVÉNIO: SUS - AMBULATÓRIO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço: CIRURGIA GERAL

Queixas:

T:

PA:

R:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: ( ) Sim ( ) Não A que?

Hora médica:

Hipótese Diagnóstica:

 Imagem: Laboratório: Cultivo:

Procedimento

Cód. COD 10

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.730/0001-00

*Yttrium 345g (P) /  
Yttrium 345g (P) / EV / Fato  
Yttrium 345g (P) / EV / Fato  
Yttrium 345g (P) / EV / Fato*

Conduta



PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (10463/05)

CRM

H11212

Assinatura do Paciente ou Responsável

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033597-7

---

Nr. da Autenticação 5D1522AD50497693

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ MANOEL DE SALES

RG nº 990.291.11.2540, data de expedição 24/05/90, Órgão SSP-CE,

CPF nº 214.731.143-20, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio ESPINHACO ARACAJA</u>	
Número	<u>491</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	
Cidade	<u>BARBALHA</u>	
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>63180-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9246-5102 - 9.9248-3095</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE 10-09-2018

Assinatura do Declarante: José Manoel de Sales



A Enel, Sistel da Energia Elétrica  
faz jus ao seu Lei nº 10.438  
28 de outubro de 2002  
Enel  
Av. Presidente Vargas, 150  
CEP 59040-000 Caxias do Sul/RS  
CNPJ 03.042.515/0001-70 Fone: (51) 3263-0629

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA ESTUDO 6 | SÉRIE 5-6 | nº 528655006  
 Referência 26 13014-01 1197000 - 5 Data de Emissão 12/06/2018  
 Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
 End. Pecém ST LANSFOOR 01505  
 CABECEIRAS - BARBALHA - 69180000  
 Número 32163791 Ponto 0000 0000  
 Classe 04-RURAL 10-RESIDÊNCIA RURAL MONOFASICO  
 NIS/CPF/INPI 819909643-13 SGP

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Salto Atual	Lst.Anterior	Consumo (Whr)	Consumo Total (Whr)	Consumo Total (Whr)	Valor (R\$)	
19.000	18.918	1.051	155	1.051	R\$ 4,42	R\$ 4,42

VALOR CONSUMO DO MÊS	58,39
VALTA HORÁTORIA REF 03/2018	0,66
DIROS DO MÊS	0,32
PLANO DODÔNT SYSTEM - 3131-8888	62,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA NES	( R\$ 3,88 )

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-08

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DA CO<sub>2</sub>** (pág. 10)

Competência: saber antecipar pelo consumo de energia elétrica.

Empilho kg (CO<sub>2</sub>) : Com preenchido kg (CO<sub>2</sub>) : Consumo de Energia Elétrica (kg CO<sub>2</sub>)

Preço Chámpas 50,14 / 8,90  
- Juros 50,14 x 100% = 500,00  
- custo administrativo de 10% de 500,00 = 50,00  
Total 544,00 (R\$ 544,00 - Preço).

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,

RG nº 2002022907668 data de expedição 20/03/18,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 003.563.043-03, com  
domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio ESPINHAÇO, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE MARCELO DE SALES, cujo o condutor era  
JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Ano: 2001-2001

Placa: HKB 9451

Chassi: 9C2J301010B7345

Data do Acidente: 06-06-2018

Local e Data: BARBALHA - CE - 08/08/2018

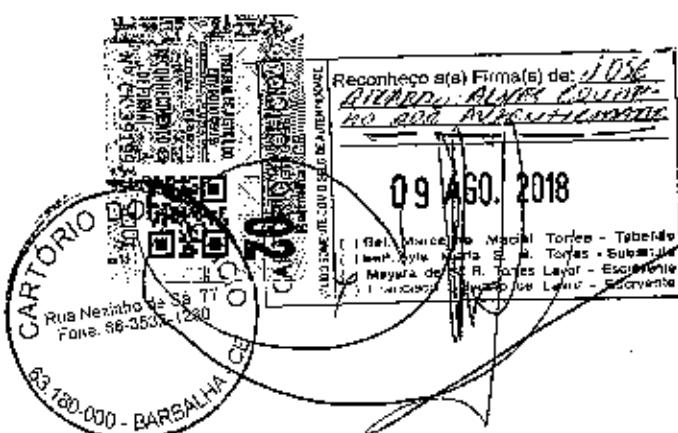
RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Ekel  
CNPJ:21.487.736/0001-04

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbalha - Ceará

Nome: Isaíah Mamede  
Nº doc. 1111111111111111

*Relatório Médico*

Relato que a gestante  
Isaíah Mamede Eli  
trouxe no dia 06/08/18,  
paciente de 30  
gravidas.

Dr. (a) Paulo Cesar D. Solon  
R. 107 11212-8  
Radiologia Intervencionista  
CRM-CE 1212

Voltando à consulta traga esta receita

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-08

50.474



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES

Solicitante...: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893

Idade.....: 56a 6m 7d

Atendido....: 06/06/2017

Laudo.....: 06/06/2017

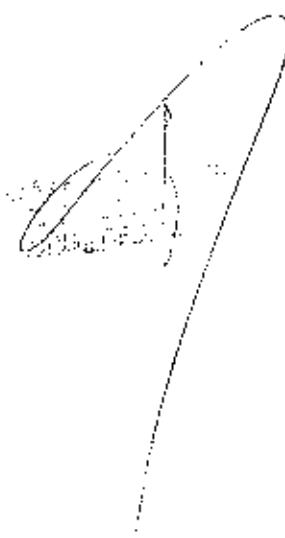
### PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Excel  
CNPJ:21.487.736/0001-18





CIRURGIA /

07/06/2017

Data de Emissão

90480

## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO  
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento



Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961 Idade: 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Cidade : BARBALHA

Bairro : RURAL

Telefone : 96118826

CEP : 63180070

Profissão Declarada : AGRICULTOR

## Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017 Hora : 09:00:46

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : ( ) Sim ( ) Não A que?

Hora médica : \_\_\_\_\_

*Raporte de Vizinhos  
de Transito SIC, CT e  
RC RL*

Hipótese Diagnóstica :

Céd. COD 10 :      

Imagem :  
 Laboratório :  
 Outros :

Prcedimento

RECEBEMOS

19 SET 2018

*Maria Gecineide F. Nobre*  
*Corretora de Seguros Eci*  
*CNPJ:21.487.736/0001-13*

Conduta

*Dr. Waydson Basílio  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - CE 9048*

Assinatura do Paciente ou Responsável

*Waydson Basílio dos Santos*  
 CRM 9048



AUTENTICACAO  
A presente cópia confere com o original existente em Nota  
Ocupação: BARBALHA/CE  
Data: 02 AGO. 2017

Barcelos Maciel Ferreira - Titular  
Av. Maria da So Barreto Torres - Subsolo  
Edifício da So Barreto Torres Lavor - Edifício  
das Finanças S/Nº - CNPJ: 24.140.000/0001-00  
Assinado: 02 AGO. 2017

2009  
d.o.s  
Barbalha



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**  
Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: José Nogueira  
Doc. \_\_\_\_\_

photos ↴

CIAIO SA23

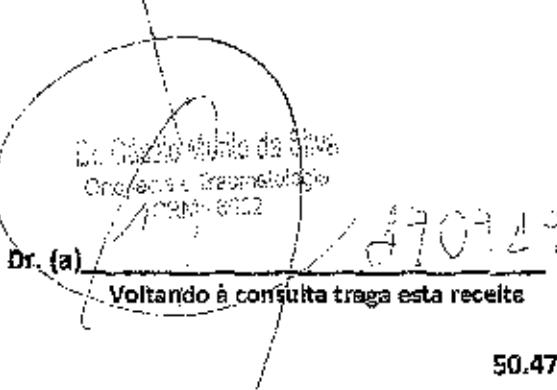
➡ Tentativa de pô

Tentativa cingulamento e  
deverá estar 3 por 04  
(Gostaria mais o trabalho)

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



50.474



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3129207

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

Solicitante...: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 789306

Idade.....: 56a 9m 17d

Atendido....: 26/10/2017

Laudo.....: 26/10/2017

### PÉ DIREITO

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.



Dra. Eveline Santana  
CRM-CE 47228

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-52



Hospital do  
Coração do Capiri  
SEU CORAÇÃO EM BOAS MÃOS

O Sr. JOSÉ MANOEL DE SALES DE  
56 ANOS DE IDADE, PRESENTA RISCO  
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA.  
(Fratura de fíbula).

ACV = BEM 5/50 RISCO FC = 65 bpm  
PA = 130/80 mmHg PR = 130 bpm

ANAMISES  
Pronto - BOA PULSADA  
Neuro - VIVA

(ALTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pipêiro de Almeida  
Cardiologista  
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

16/08/18



RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ 21.407.736/0001-07



## Ficha de Atendimento - INTERNACAO

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: SUCIANO

Paciente: 444891 Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dias  
Nome do Paciente: JOSE MANOEL SALES Data Nascimento: 10/01/1961  
Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO Religião:  
Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: BARBALHA  
Endereço: SITIO ESPINHACO Número:  
Bairro: RURAL Cidade: BARBALHA  
CEP: 63180970 Telefone: 996118825  
Identidade: 9902911540 CPF: 21473714320 CNS: 702909566054575  
Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES  
Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES  
Profissão Declarada: AGRICULTOR

## Dados do Responsável

Nome: JOSE MANOEL SALES Parentesco: O MESMO Fone: 996118825  
Endereço: SITIO ESPINHACO Número:  
Complemento: CEP: 63180970

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: L JUNIOR

Número: 3038537



Data: 10/07/2017 Hora: 07:33:45

Origem: INTERNACAO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA F1 E1

Unidade de Internação: BLOCO IV

Leito: ENF 29-2

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM - C6002 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF: 34631348372

Onguênia: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Carteira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA 6 LEITOS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento principal: 0408050195

REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ME

Local de Procedência:

## Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia/ Traumatolog  
CRM: 6002  
CPF: 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM 06002

Paciente/Responsável

RECEBEMOS  
19 SET 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Ekel  
CNPJ: 22.187.736/0001-06



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nº 14790017783

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2 - CNES	2664211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	4 - CNES	2664211

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE MANOEL SALES			6 - Nº Prontuário	444891	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raca Cor	10.1 - Etnia		
702909660054575	10/01/1961	<input checked="" type="checkbox"/> X 1	<input type="checkbox"/> 3	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA BRASILINA SALES			12 - Telefone de Contato	8895118826	
13 - Nome Responsável	MARIA BRASILINA SALES			14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	SITIO ESPINHACO, -RURAL			17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BARBALHA				230190	CE	03180970

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos  
PARCERIA ADMITIDA PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRAUTURA EM MÉDIO PÉ DIREITO

RECEBEMOS  
19 SET 2018

21 - Condições que justificam a Internação  
ATO CIRÚRGICO

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

HDA = RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Asociadas

S923

V98

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P 28 - Código do Procedimento  
0408050196

29 - Especialidade 30 - Caráter de Atendimento 31 - Documento 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
CIRÚRGICO 1 (X) CNS ( ) CPF 128366744590001

33 - Nome do Profissional/Assistente 34 - Data da Solicitação 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
CASSIO MURILLO DA SILVA 08/06/2017 6002

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Billiano	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Tóxico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Add. Trabalho Tóxico			

45 - Vinculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empreendedor ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador 47 - Cód. Órgão Emissor  
M230190101 56 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado  
( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

28/06/2017

Ora Laffaele  
Assistente

Código do Laudo: 3016936







Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES  
Atendimento: 03038537

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -  
INTERNACAO  
Leito: , BLOCO IV, ENF  
29-2  
Serviço: ORTOPEDIA E  
TRAUMAT  
CIRURGICA

*Evolução Médica*

# PACIENTE NO PÓ IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAIO.

1º DPO

# EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS APÓS CIRURGIA. (PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H).

(PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

# AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO.

ACV: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RHA-. INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL I: PROFUNDA, NÃO PAI.PO VMG.

EXT: MID EM ROTAÇÃO NEUTRA, PÉ D ENFAIXADO, PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.497.736/0001-06

# CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.
2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.
3. PRESCREVO CEFALOXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.
4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.
5. ORIENTO RETORNO, SE SINAIS DE GRAVIDADE.

  
ALUNO ACADEMICO  
CRM - 000000



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3038537  
Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES  
Solicitante...: CASSIO MURILLO DA SILVA  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO  
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Pedido...: 768075  
Idade.....: 56a 6m 7d  
Atendido.: 10/07/2017  
Laudado.: 10/07/2017

### PÉ DIREITO

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

### RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

Dr. José Naldo de S. Benedito  
M.D.C.R. CR. 100  
C.R.N. 10.237

ANNUAL REPORT  
OF THE STATE BOARD OF  
EDUCATION OF THE STATE OF  
MISSOURI  
FOR THE YEAR  
1887-88  
TO THE  
GENERAL ASSEMBLY  
OF THE STATE OF  
MISSOURI  
AT SEDALIA, ON THE  
11TH DAY OF JUNE, 1888.

## El granito de San José

RECEBEMOS

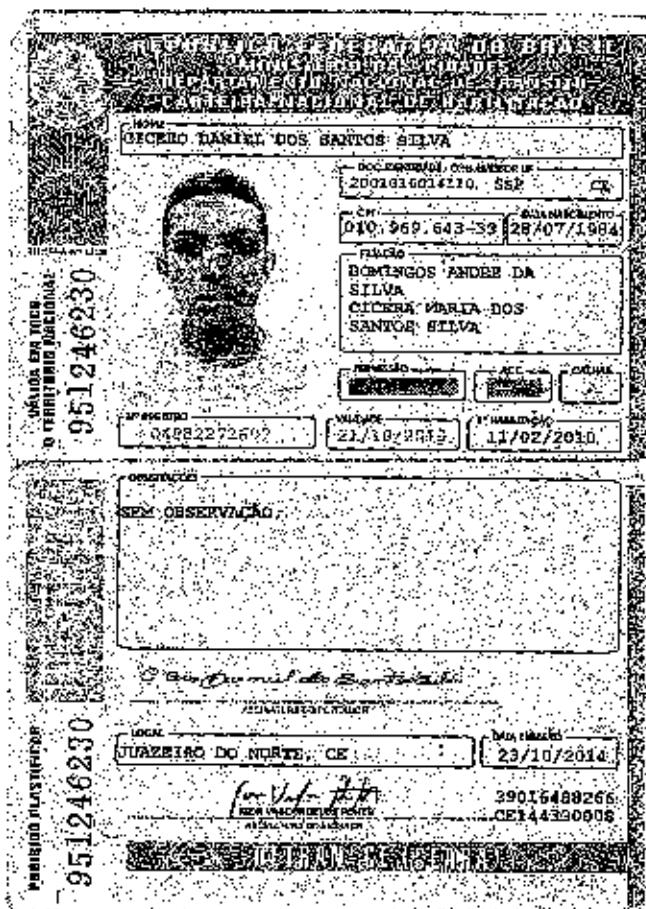
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-16

125-14027 2000-07-07 15:50:00

1935-1936. 1936-1937. 1937-1938. 1938-1939.





RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DECEBEMOS

1953

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 01.497.765/0001-44

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SVA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE-NP-013570396656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2012

卷之三

卷之三

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

[www.gemarachaellder.com.br](http://www.gemarachaellder.com.br)

1323732966

1004

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
273-B 26/06/2018

卷之三

MODEL

ANSWER  
2001 109

CHARLES  
5724

## PREMIO TABIFABIC

61 82

00000000000000000000000000000000

中華書局影印

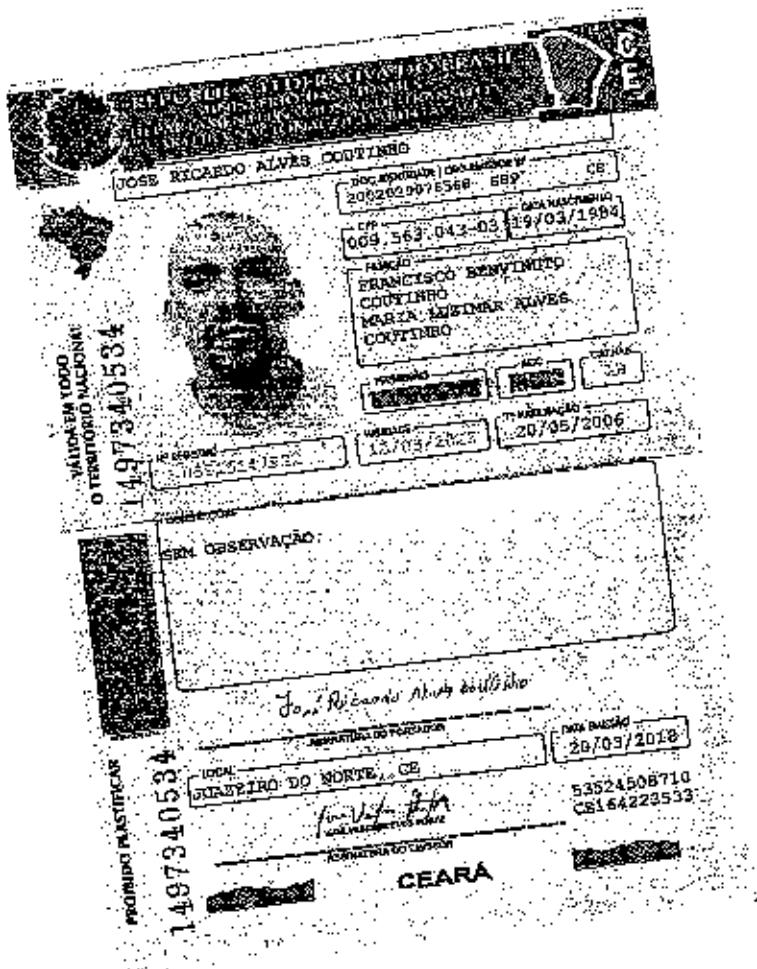
## સાધુબાળ વિદ્યાર્થી

### EXTRANETS

15 ATA DE 04/09/99

SEGURADORES LIBER - DPVAT

CRM 08-240800/0001-0



RECEBIMENTO

19 SET 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros E./J.  
CNPJ:21.487.736/0001-06

# RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecianeide F. Nobre  
Corretora de Seguros Efc  
CNPJ: 21.487.716/0001-13

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

## Recibo de Pagamento de Salário JUNHO/2018

CBO Fmg. Local Depto. Setor Seção

2521-05 - ADMINISTRADOR

Ctg.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,000	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

RECEBEMOS TERRA RECEBEMOS, AS INDEVIDAS DESJADA, DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Cicero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Recebimento

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
Salário Bruto	3200,00	406,83
Sal. Depto. IRFF		
Base Calc. FGTS		
TGTS do Mês		
Base Cálculo IRFF		
Saldo IRFF		
<b>Valor Líquido</b>	<b>2.793,17</b>	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437414      **Cidade:** Barbalha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES      **Data do acidente:** 06/06/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437414      **Cidade:** Barbalha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES      **Data do acidente:** 06/06/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344463/18

**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES

**CPF:** 214.737.143-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/06/2017

**Titular do CPF:** JOSE MANOEL DE SALES

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

### JOSE MANOEL DE SALES : 214.737.143-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE