

---

**Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190281118**

**Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 21/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

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, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190281118**

**Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 21/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

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

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190281118**

**Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 21/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

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

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190281118**

**Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 21/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

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

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190281118**                      **Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 21/06/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00355/00356 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14454694

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190281118

Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 21/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000613

Conta: 0000053975-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 569.607.863-04 Nome completo da vítima: Francisco geovani de Souza Santos

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

Nome completo: Francisco geovani de Souza Santos CPF: 569.607.863-04

Profissão: Agricultor Endereço: Vila Son Número: 323 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Son Cidade: Iguatu Estado: CE CEP: 63.500-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 88-9441 4448

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

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0633 CONTA: 53975 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Imprescindível  
assinatura  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Iguatu 04/04/2019

Nome: Francisco geovani de Souza Santos

CPF: 569.607.863-04

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco geovani de Souza Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IGUATU

DATA: 09/04/2019

HORA: 20:28:15

TERMINAL: 06131026

CONTROLE: 061310260051

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0613 013.00053975-3

NOME: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 88 96995-5555

NÚMERO DO ENVELOPE: 841382719

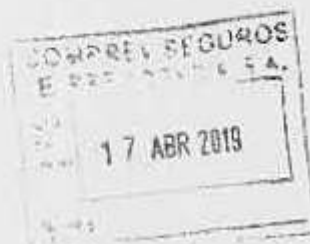
Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474


[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)








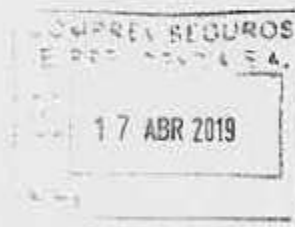
### CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pre-hospitalar ao Sr. FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS, portador do RG 98029202796, inscrito no CPF 569.607.863-04, no dia 21/06/2018, às 11h40, no município de Iguatu/CE, na Av. Presidente Dutra – Altiplano, vítima de Colisão entre Motocicletas, sendo removido para o Hospital Regional de Iguatu. E para constar eu,  Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Iguatu, 17 de agosto de 2018.

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

  
Maria das Graças Torres  
Assessora Técnica  
Telefone: (85) 3433-7434  
Celular: (85) 9815-9355  
E-mail: mg.torres@saude.ce.gov.br



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000053975-3

---

Nr. da Autenticação 55DDB1C9A6A49050



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÇU  
Rua: Engenheiro Wilson Carlos Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE  
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.506.136/0001-45  
Fone: (88) 3556-7769/198 (iguaçu/CE)  
Site: www.saae.iguaçu.ce.gov.br

REGIÃO: 0005698.8 CLASSE: PAR RES RES COM HQ PUB OUT: 01/2019  
HIDROMETRO: 1414281805 INSTALAÇÃO: 25/07/14 LOCALIZAÇÃO: 60.00.36 0000016080 FATURA: 190003950

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

FRANCISCO GEOVANE DE SOUZA SANTOS  
VILA DAER 123, DAER  
CEP: 63.500-000 IGUAÇU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

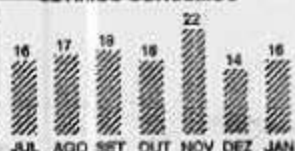
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		49,60

HIDROMETRIA

LEITURA DATA  
ANTERIOR: 463 06/12/18  
ATUAL: 489 04/01/19  
CONSUMO: 16 DIAS: 30  
LEITURISTA: 23 00:00  
PRÓXIMA LEITURA: 25/02/19

MÉDIA: 17 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS



PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	ATE 10,5	01	7,50
CLOR	ATE 5,0	01	0,04
TURB	ATE 5,0	01	1,14
FECH	ATE 1,5	01	0,11

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO: 20/01/2019 VALOR R\$: 49,60

CONSUMIDOR

\*\*\*assinatura\*\*\*



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Gomes Bezerra RG nº 2007029086769  
data de expedição 17/04/2007 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº  
791954233-20, com domicílio na cidade de Iguatu, no  
Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Silvio Comigo Iguatu Ceará  
nº 514, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima FRANCISCO GIOVANI SOUZA SANTOS  
cujo o condutor era Paulo Gomes Bezerra.

Veículo: Honda/CG 125 FAN KS

Ano: 2013

Modelo: 2013

Placa: 051 8803

Chassi: 9C27C4110DR421183

Data do acidente: 21/06/2018

Local e Data: Iguatu Ceará 15/11/2018

Paulo Gomes Bezerra  
Assinatura do Declarante



Francisco Giovanni da Souza Santos

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



Reconheço a(s) Fim(s) por autenticidade	
<u>Paulo Gomes Bezerra</u>	
De que dou fé.	De verdade.
Em testemunho	
30 JAN. 2019 IGUATU (CE)	
VANDER ALVES DA SILVA - Notário	
AMANDA ALVES DA SILVA WANDERLEY - Substituto	
MÔNICA MARIA LEEVES DA SILVA - Escrevente Aut.	
PRYSSYLLA KAGBYRA ARAIS DE LIMA - Escrevente Aut.	
PAULA STEFÂNIA DE OLIVEIRA BATISTA - Escrevente Aut.	
Válido somente com o selo de autenticidade	



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 119099	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 98029202796		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 02/05/1970	Local JUCAS/CE	Idade 48 Ano(s)		
Pai GERONIMO GABRIEL DOS SANTOS		Mãe TEREZINHA BENEDITO DE SOUZA SANTOS		
Endereço VILA DAIA . 00	Bairro DAIA	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável JOSE UBIRATAN	CPF do Responsável	Endereço VILA DAIA . 00	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/06/2018	Hora 12:10	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES		
Observação paciente trazido pelo samu				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg) 120 x 80 mm Hg

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

SPO<sub>2</sub> = 98

FC = 94

Faturo de punção g., cutâneo de  
punção D. e T. g. e T. g.  
reper g. e T. g.

DX de punção D. (L. 2. 1.)  
DX de punção g. (L. 1. 1.)  
DX de punção g. (L. 1. 1.)  
Medicados

Indicados

Clínica - 17/06/2018

Paciente por protocolo de punção

Antônio Alberto Sampaio  
CRM 2062  
Clínica - Traumatologia

AO T.O.

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Dr. Francisco Vilmar Felix Martins  
CRM 04592  
Clínica - Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE UBIRATAN



# DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE		F <sup>co</sup> Govani de Souza		N° DO PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		26-06-18		ENF.	
OPERADOR		Dr. Francisco de Assis Ortopedia e Traumatologia CRM 10516 - TEOT 11928		LEITO	
2° AUXILIAR		3° AUXILIAR		1° AUXILIAR	
ANESTESISTA		INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		fract. pura (E) + ululite			
TIPO DE OPERAÇÃO		debridamento cirúrgico + fixação interna			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		o mesmo			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA —					
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO —					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO —					

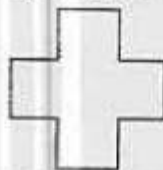
## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscerais.

- 1) Pôr um DTH sob anestesia.
- 2) Anti-m. pneu MEF.
- 3) Debridamento de ferimento infectado e limpeza completa e/ou de.
- 4) Fixação interna e ligadura (02 pontos de sutura) para estabilização e controle de danos.
- 5) Lavagem de oco.

Dr. Francisco de Assis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10516 - TEOT 11928

COMPRES. MÚLTIPLOS  
17 ABR 2019

**ESTADO DO CEARÁ****SUS**SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE**SECRETARIA DA SAÚDE****LAUDO MÉDICO DE  
TRATAMENTO FORA  
DO DOMICÍLIO**

ORGÃO EMITENTE




ANEXO AO PEDIDO Nº

PACIENTE	NOME <i>João Giovanni Souza Santos</i>	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
	RESIDÊNCIA	
		DATA DE NASCIMENTO / /
ACOMPANHANTE	NOME	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
	RESIDÊNCIA	RELAÇÃO COM O PACIENTE

**1 - Histórico da Doença Atual***Fr de tíbio proximal c/ massa óssea de consolidação no serviço de traumatologia óssea.***2 - Exame Físico***Edema e puna Eq.***- Diagnóstico Provável***Fr de ossos de puna C.*

CID

*S82***- Exame(s) Complementare(s) Realizado(s) - Anexar Cópias***Rx***- Tratamento(s) Realizado(s)***Fixo dos externos + analgésicos***- Tratamento / Exame Indicado:***ILIZAROV***Duração Provável do Tratamento:***DR. CARLOS A. SILVA*  
TRAUMATOLOGIA ORTODONTIA  
CRM 14917

 <b>SUS</b>		<b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		 <b>HOSPITAL REGIONAL</b>	 <b>IGUATU</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Francisco Geovani de Souza Santos</i>						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>02.05.1970</i>		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1      Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Ferezinha Benedito de Souza Santos</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Xaver</i>				13 - COD. IBGE MUNICÍPIO		14 - UF	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Saustu</i>				16 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Melhor e sem 7 meses de gestação</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Medicamentos e exames</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>De 6 meses 7</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Gravidez de 7 meses</i>				21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.8</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame de sangue de gravidez</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>124.018.05050</i>			
26 - CLÍNICA		27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>81181914868</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Antonio Alberto Bonfatti</i>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>21.6.18</i>		32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO <i>2083 Traumatologia</i>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - Nº DO SILHETE		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA		40 - CBOR	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO							
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO				47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA

17 ABR 2019





**IGUATU**  
PREFEITURA  
DE UM NOVO TEMPO

IDENTIFICAÇÃO DE ENTENTE

**PREFEITURA DE IGUATU**

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

RUA 13 DE MAIO, Nº 50 - CEP 63.504-000  
IGUATU - CEARÁ

CNPJ 07.810.455/0001-80



Prefeito  
Amigo  
da Criança



Secretaria De Saúde

## RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Francisco Gervane de Souza

Solicito:

- Glicemia de jejum
- Hemoglobina glicada

7  
Tamara de Souza Sampaio  
MÉDICA  
CREMEX 18819

IGUATU, 12 de 07 de 2018

Assinatura  
Registro no Conselho

*Voltando à consulta, por favor trazer esta receita.*



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Edo José da Silva Santos  
Compareceu neste hospital no dia de hoje das 0 h às 0 h por  
motivo de doença, devendo:

( ) Retornar ao trabalho.

( ) Ser dispensado no dia de hoje.

☒ Permanecer afastado do trabalho (60) dias a partir de 17/04/2018.

Observações: \_\_\_\_\_

CID: 582

IGUATU, 21 de 06 de 2018

[Assinatura]  
ASSINATURA E CRM





**IGUATU**  
PREFEITURA  
DE UM NOVO TEMPO

IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

**PREFEITURA DE IGUATU**

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

RUA 13 DE MAIO, Nº 50 - CEP 83.520-800  
IGUATU - CEARÁ

CNPJ 07.810.452/0001-96



Prefeito  
Amigo  
da Criança



Secretaria De Saúde

## RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Francisco Gervane de Souza

Solicitado:

- Glicemia de jejum
- Hemoglobina glicada

7

Tamara de Souza Sampaio  
MÉDICA  
CREMESP 18819

IGUATU, 30 de 07 de 2018

Assinatura  
Registro no Conselho

*Voltando à consulta, queira trazer esta receita.*



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome <b>FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS</b>				Prontuário/Atendimento 119098/0003	
Nascimento 02/05/1970	Local JUCAS	País Nacionalidade Brasil		Idade 48 Ano(s)	
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Casado(a)	Religião	
Documento(s) Identidade: 98029202786			CNS 70.8607.580.4358-82		
Endereço VILA DAER		Nº 00	Bairro DAER	Município IGUATU-CE	CEP 63500-000
Fone (88)99732-5251	Profissão		Empresa	Fone Empresa	
Responsável			CPF do Responsável	Fone Responsável	
Endereço Responsável			Cônjuge		
Mãe TEREZINHA BENEDITO DE SOUZA SANTOS			Pai GERONIMO GABRIEL DOS SANTOS		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 21/06/2018 18:48	Quarto/Leito 411-0002	Aposento ENFERMARIA	Clinica CL. CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia	
Medico ANTONIO ALBERTO BANDEIRA			CRM 2063		
CID Principal S82.9 Fratura da perna, parte não especificada			CID Complementar S82.9 Fratura da perna, parte não especificada		
Observação					
Usuário ANA KELE RODRIGUES		Procedimento SUS		Sispre natal	
Data Saída 10/07/18	Hora 18:00	Condição de Saída alta hospitalar		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

IGUATU, 21 de junho de 2018.

Assinatura do paciente  
Responsável pela Impressão: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável





## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Ata de

Atesta para os devidos fins, que Fº Giovanni de Souza Sales, filho de Leopoldo de Faria dos Santos e Joana de - com identidade de nascimento e número de nascimento - M.S.E. (C.D.) N: 583.205.82.41.

IGATU, 15 de 5 20 19

Dr. Antonio Alberto Bandeira

CRM 2063

ASSINATURA CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira  
Rua Edilson de Melo Távora s/n  
Bairro - Esplanada



## RELATÓRIO DE LAUDO MÉDICO

NOME: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

IDENTIFICAÇÃO: 98029202796 SSP/CE – CPF: 569.607.863-04

Periciado, 49 anos, vítima de acidente com veículo automotor no dia 21/06/19 conforme documentação comprobatória em anexo (boletim de ocorrência policial e ficha de primeiro atendimento médico hospitalar).

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura fechada de tíbia proximal esquerda..

Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico com colocação de placa e parafuso associado a fisioterapia motora. Alta definitiva em abril/2019.

No momento do exame vítima apresenta assimetria da marcha, não realiza manobra de agachamento, edema residual e alteração da coloração do membro, dor ao realizar movimentação passiva.

Do exposto, concluímos que há déficit funcional (sequela permanente e irreversível) moderado (50%) na perna esquerda.

CID10.: S82/ T93

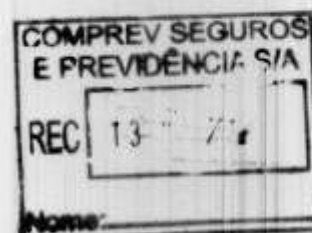
Atenciosamente.

Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar  
MÉDICO  
CREMEC 18.121

Iguatu-CE, 12 de junho de 2019.

Alan Felipe Oliveira de Alencar

CREMEC: 18121







MINISTERIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**569.607.863-04**

Nome

**FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

Nascimento

**02/05/1970**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

**60C6.5DF1.26EF.BF4D**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:25:35 do dia 14/04/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



17 APR 2019

S.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

POLEGAR DIREITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR

*Francisco Geovani de Sousa Neto*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CERTIDÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

98029202796

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

03/04/2019

NOME

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

FILIAÇÃO

GERÔNIMO GABRIEL DOS SANTOS

TEREZINHA BENEDITO DE SOUZA SANTOS

NATURALIDADE

JUCÁS - CE

DATA DE NASCIMENTO

02/05/1970

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 0014496 FOLHA:

00000035 LIVRO: A00042 JUCÁS - CE

CPF 569.607.863-04

*Assinatura do Diretor*  
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 135

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONTPLAN

2 VIA  
17 ABR 2019

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E TÍTULOS

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **569.607.863-04**Nome: **FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**Data de Nascimento: **02/05/1970**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **18/04/1993**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:23:42** do dia **21/03/2019** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **77D1.FDDA.B52E.DE5B**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LETTRAN - CE Nº 013871593817  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA JOSUÉ 536754365 0000000000 2018

PAULO GOMES BEZERRA

IGUATU/CE

CPF / CNPJ 79195423320 PLACA 09I8803

PLACA ANT. / UF 9C2JC4110DR421183

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAF / EOT / CL 2P/OCV/124CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1 2 3

PAGA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100.00 IC (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 100.70 DATA DE PAGAMENTO 02/05/2018

OBSERVAÇÕES

IGUATU LOCAL 05/06/2018

ENTREGADOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 013871593817 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

79195423320 09I8803

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

013871593817 99968299885

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/06/2018

VIA 01 79195423320 09I8803

RENAVAM 536754365 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013 9C2JC4110DR421183

PRÊMIO TARIFÁRIO

1.29 FMS (R\$) 9.03 DENATRAN (R\$) 90.99

4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70 IC (R\$) 185.50

PAGAMENTO 02/05/2018

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOC SEGURADORA LIDER - DPVAT  
MOTOR: JC412E107B2183



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190281118

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** vila daer, 123 - Iguatu/CE - CEP 63500-038

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 98029202796 - SSP-CE -  
03/04/2019

**Data e Local do Acidente :** 21/06/2018 - IGUATU-CE

**Data e Local do Exame :** 24/06/2019 RUA ILIDIO SAMPAIO, 2042 - ICÓ/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 21/06/2018 E TEVEFRATURA PROXIMALDA TIBIA ESQUERDA.

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

PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA, TRATADO CIRURGICAMENTE PRIMEIRAMENTE COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR POR UM PERÍODO DE 605 DIAS E EM SEGUIDA DEVIDO A INFECÇÃO SECUNDARIA FOI TROCADO POR FIXADOR EXTERNO CIRCULAR POR UM PERÍODO DE 240 DIAS. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA EM 15/05/2019.

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

APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NA PERNA ESQUERDA. PRESENÇA DE BLOQUEIO ARTICULAR LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO TORNOZELO E JOELHO ESQUERDA, BEM COMO DA FORÇA MUSCULAR DA PERNA ESQUERDA. PACIENTE DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETAS.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NA PERNA ESQUERDA. PRESENÇA DE BLOQUEIO ARTICULAR LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO

TORNOZELO E JOELHO ESQUERDA, BEM COMO DA FORÇA MUSCULAR DA PERNA ESQUERDA. PACIENTE DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETAS.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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





---

JOSE GERARDO VALE MATOS CRM : 3216 / UF :CE



Registro N. **777336 / 2018**

Digitacao: 28/12/2018 (IVELINE.FELIX)  
Livro: 56 Pagina:208

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU**

**EXAME SEGURO DPVAT**

Em 13 de dezembro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**IVELINE DE LIMA FELIX STUDART  
FROTA**

CREMEC Nº: 14729

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS**

a fim de ser atendida a requisição de nº 2124 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

**Em consequência, às 14:27h de 13/12/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:**

**HISTÓRICO:** Periciando comparece para realização de exame e refere ter sofrido acidente de trânsito no dia 21/06/2018. Traz consigo certidão narrativa do SAMU de atendimento pré hospitalar recebido no dia 21/06/2018, no município de Iguatu/CE, vítima de colisão entre motocicletas, sendo removido para o Hospital Regional de Iguatu, no município de Iguatu/CE e atendido às 12h10min pelo médico Ortopedista e Traumatologista Dr. Antônio Valdeberto Magalhães Moreno, CRM/CE 225525. Traz consigo cópia de solicitação de internação hospitalar no dia 21/06/2018 no Hospital Regional de Iguatu por fratura da perna esquerda. Traz consigo cópia de atestado médico emitido no dia 21/06/2018 pelo Ortopedista e Traumatologista Dr. Carlos Átila para afastamento de suas atividades por um período de 60 (sessenta) dias. Traz consigo cópia de descrição cirúrgica de procedimento realizado no dia 26/06/2018 pelo médico Ortopedista e Traumatologista Dr. Frederico Alencar, no Hospital Regional de Iguatu, por fratura da perna esquerda. Traz consigo cópia de atestado médico emitido no dia 04/09/2018 pelo Ortopedista e Traumatologista Dr. Carlos Átila para afastamento de suas atividades por um período de 90 (noventa) dias. Traz consigo cópia de atestado médico emitido no dia 07/12/2018 pelo Ortopedista e Traumatologista Dr. Carlos Átila para afastamento de suas atividades por um período de 60 (sessenta) dias. **AO EXAME PERICIAL:** apresenta-se com uso de fixador externo em perna esquerda e apoio de duas muletas axilares.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

**PRIMEIRO** - Houve lesão de origem externa, com possível nexos causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

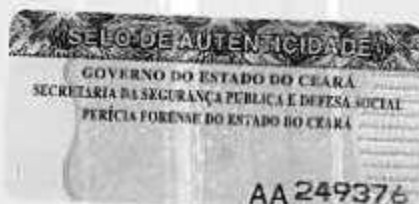
**Sim;**

**SEGUNDO:** Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Prejudicado.**

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

IVELINE DE LIMA FELIX STUDART FROTA  
CREMEC Nº: 14729




28/12/2018 22:53

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR IVELINE DE LIMA FELIX STUDART FROTA:41449100325

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço: dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 9095a50d50c6c0de

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE  
SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de Identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS : 569.607.863-04**

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: 17/04/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS


### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

Número do Sinistro: 3190281118

Vítima: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

CPF: 569.607.863-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GEOVANI DE  
SOUZA SANTOS

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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: 17/05/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Número do Sinistro:** 3190281118

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 24/05/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

\_\_\_\_\_  
ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Número do Sinistro:** 3190281118

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 13/06/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190281118 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NA PERNA ESQUERDA. PRESENÇA DE BLOQUEIO ARTICULAR LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO TORNOZELO E JOELHO ESQUERDA, BEM COMO DA FORÇA MUSCULAR DA PERNA ESQUERDA. DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CIRURGICAMENTE PRIMEIRAMENTE COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR, EM SEGUIDA DEVIDO A INFECÇÃO SECUNDARIA, FOI TROCADO POR FIXADOR EXTERNO CIRCULAR POR UM PERÍODO DE 240 DIAS.  
ALTA DEFINITIVA EM 15/05/2019.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190281118 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 20/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO P2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190281118 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO3 P2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** #@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190281118 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 25/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APESAR DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML E EM CONFORMIDADE COM A LEI No. 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 4º, NÃO FOI POSSÍVEL RELACIONAR AS LESÕES INFORMADAS AO ACIDENTE OCORRIDO, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO OU OUTROS HOSPITAIS ONDE TENHAM OCORRIDO ATENDIMENTOS, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- E/OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- E, EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190281118 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO3 P2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Número do Sinistro:** 3190281118

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 24/05/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

\_\_\_\_\_  
ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS : 569.607.863-04**

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: 17/04/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

**Número do Sinistro:** 3190281118

**Vítima:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF:** 569.607.863-04

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

**Data do acidente:** 21/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 17/05/2019  
Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS  
CPF: 569.607.863-04

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA