

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

Rio de Janeiro, 18 de 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

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

Rio de Janeiro, 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 médica-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. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de 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 médica-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. 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, 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 médica-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. 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
569.607.863-04		Francisco geovani de souza sortes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	569.607.863.04
Profissão:	Endereço:	Número:	323
Agente de vendas	Vila São Luiz	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP: 63.500-000
São Luiz	Itajubá	SP	Tel.(DDD): 88-404340408
E-mail:			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0633 CONTA: 53975 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Itajubá 04/04/2019
 Nome: Francisco geovani de souza sortes
 CPF: 569.607.863-04

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

17 ABR 2019



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IGUATU

DATA: 09/04/2019

HORA: 20:28:15

TERMINAL: 86131026

CONTROLE: 861310260051

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0613 013.00053975-3

NOME: FRANCISCO GEOFANI DE SOUZA SANTO

TIPO DE CONTA: 813 - POLPANÇA 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: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

COMPRE SEGUROS
E 227 7474

17 ABR 2019



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, Javrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Assento, 17 de agosto de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

CHAPREI SEGUROS
E OTROS SISTEMAS

17 ABR 2019

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



SERVÍCIO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU
Av. Engenheiro Wilson Corrêa Lima, 772 - Pindaré - Igatu/CE
CEP: 63592-100 - CNPJ: 07.506.128/001-45
Fone: (88) 3516-7768/198 (81) 3111-1116
Site: www.saaeigatu.ce.gov.br

REGISTRO	CLASSE	TARIFA	ECONOMIAS				MÊS/FAT	
			RES	COM	IND	PUB	OUT	01/2019
0005698.8	PAR	RES	01					
HIDROMETRO	INSTALAÇÃO		LOCALIZAÇÃO					FATURA
A14F281805	25/07/14	60.00.36	0000016080	190003950				

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

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

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRÍÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		49,60

HIDROMETRIA

ÚLTIMOS CONSUMOS

LEITURA ANTERIOR	DATA	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
463	06/12/18					22		
469	04/01/19	16	17	18	16			
CONSUMO: 16	DIAS: 30							
LEITURISTA: 23	OCO: 00							
PRÓXIMA LEITURA:	26/02/19							

MÉDIA: 17 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL	ANÁLISE	VALOR MÉDIO
Cloro	ATE 10,0	01		10,0
Clorofila	0,4	01		0,4
Coliforme	ATE 5,0	01		5,0
Dióxido de carbono	ATE 50	01		50
Flúor	ATE 1,5	01		1,5

PARABÉNS! O SAAE AGRADCE SUA PONTUALIDADE

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

CONSUMIDOR

COMPRA SEGURAS
E PONTUAIS S.A.
17 ABR 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Gomes Bezerra RG nº 200702 9086769
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)
Sítio Comigo Sítio Comigo
nº 10, 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 Geroni Souza Santos
cujo o condutor era Paulo Gomes Bezerra.

Veículo: Honda/CG 125 Fan K5

Ano: 2013

Modelo: 2013

Placa: 051 8803

Chassi: 9C291C4110DR421183

Data do acidente: 21/10/2018

Local e Data:

Iguatu/Ceará 15/11/2018

Paulo Gomes Bezerra

Assinatura do Declarante



Iziane Gomes da Silva
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a(s) Firma(s) por autenticidade	
<u>Paulo Gomes Bezerra</u>	
De que dou fé. Em testemunho _____ de verdade.	
30 JAN. 2019	
IGUATU (CE)	
VANDRALVES DA SILVA - Notária AMANDA ALVES DA SILVA - WANDERLEY - Substituta MÔNICA MARIA ALVES DA SILVA - Escrivane Aut PRYSSYLLA RAGSYA ALVES DA SILVA - Escrivane Aut PAULA STEFÂNIA R. DE OLIVEIRA BATISTA - Escrivane Aut	
Válido somente com o selo de autenticidade	



Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

50

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 119099	Atendimentos 0001	Nome do Paciente FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 98029202796	Local: JUCAS/CE		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 02/05/1970				Idade 48 Ano(s)
Fai GERONIMO GABRIEL DOS SANTOS		Mae TEREZINHA BENEDITO DE SOUZA SANTOS		
Endereço VILA DAIA , 00	Bairro DAIA	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue	Telefone	88997325251
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	Marcúria	ICID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS			CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Aclamação			Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES	
Observação paciente trazido pelo samu				
Saída	Data/Hora Liberação		hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)
Peso (kg)				120 x 80 mm Hg

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

SPo₂ = 98

FC: 94

Folhas de fígado y., entero y.
fígado D. ~ Tumores y.
rever gástrica d. m.pt.

D L d. fígado D. 62 13

D X d. fígado y. CP: 11

D X d. Tumores y CP: 11

Medicinas

Induções



Paciente para Proto D. G. J. L. 11
ATO.

Antônio Alberto Bandeira
CRM: 2063
Ortopedia - Traumatologia

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Dr. Francisco Vilmar F. Martins
CRM: 04592
CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE UBIRATAN

Ministro



DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

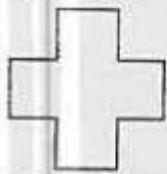
NOME DO PACIENTE	f ^{el} Giovani de Souza		N° DO PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	26-06-18	ENF.	LEITO
OPERADOR	Dr. Francisco Siqueira Ortopedista e Traumatologista CRM 10916 - TEC 1028		
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	fract. punz (E) + alvula		
TIPO DE OPERAÇÃO	Desbridamento comprimido fract. luxada		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	o mesmo		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATHOLOGISTA	—		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	—		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	—		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

- Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscerais.
- ① Pcte un DTH s/ dura fura.
 - ② aut. m. pto. MIF.
 - ③ Achado muito di fructos infectados e crupuzas copiadas el. sf.
 - ④ fixado fructos ei. Crux (02 fructos si. mltos estabilizade) pt. autope de dano.
 - ⑤ evitou qd. oeo.

Dr. Francisco Siqueira
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10916 - TEC 1028

COMPROVADO
17 ABR 2019

ESTADO DO CEARÁ**SUS**SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE**SECRETARIA DA SAÚDE**

ORGÃO EMITENTE

**LAUDO MÉDICO DE
TRATAMENTO FORA
DO DOMICÍLIO**

ANEXO AO PEDIDO N°

PACIENTE	NOME	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
	Carolina Soárez Santos	
ACOMPANHANTE	RESIDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO
		1 / 1
NOME	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
RESIDÊNCIA	RELAÇÃO COM O PACIENTE	

1 - Histórico da Doença Atual

Ex de tibio proximal c/ necessidade
de afixação no serviço de ortopedia óssea.

2 - Exame Físico

Exame em pare Exq.

- Diagnóstico Provável

Fr de ossos de pare ().

CID

542

- Exame(s) Complementare(s) Realizado(s) - Anexar Cópias

Rx

- Tratamento(s) Realizado(s)

Fixo dor externo + anest.

- Tratamento / Exame Indicado:

IL12A20V

Duração Provável do Tratamento:

DR CARLOS AP. ILA
11/04/2019
GMA 1457



DR CARLOS AP. ILA
11/04/2019
GMA 1457



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Georani de Souza Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Frezninha Benedito de Souza Santos

9 - SEXO

Masc. Fem. 3

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Vila Vaca

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sauestre

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

55

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Melhorar o humor.
não dormiu bem.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Melhorar o humor.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de humor.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S 82.8

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

1740805050

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 203

Dr. Antonio Oliveira Bonfim

21 6 18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 EMPREGADO () EMPREGADOR

1 AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONSELHO SEGUROUS
E 22 - 2019

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

17 ABR 2019



IGUATU
PREFEITURA
DE UM NOVO TEMPO

IDENTIFICAÇÃO DE EMISSOR

PREFEITURA DE IGUATU

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
RUA 13 DE MAIO, N° 58 - CEP 61.500-900
IGUATU - CEARÁ

CNPJ 07.818.461/0001-89

Prefeito
Amigo
da Criança



Secretaria De Saúde

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

PACIENTE: Francisco Gravane de Souza

Solicito:

- Glicemia de Jejun
- Hemoglobina glicada

7

Tamara de Souza Sampaio
MÉDICA
CREMEO 18819

IGUATU, 22 de 07 de 2011

Assinatura
Registro no Conselho

Voltando a consulta, queira trazer esta receita.



ATESTADO MÉDICO

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

Felipe foi ao meu consultor de
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) semana
dias a partir de _____.

Observações: _____

CID: _____

582

IGUATU, 21 de 6 20 18


ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira





IDENTIFICAÇÃO DE EMISSOR

PREFEITURA DE IGUATU

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
RUA 13 DE MAIO, Nº 50 - CEP 61.500-009
IGUATU - CEARÁ

CNPJ 07.818.488/0001-96

Prefeito
Amigo
da Criança



Secretaria De Saúde

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

PACIENTE: Francisco Granne de Souza

Salvador:

- Glicemia de jejum
- Hemoglobina glicada

?

Tamara de Souza Sampaio
MÉDICA
CREMES 18819

IGUATU, 30 de 07 de 2018

Assinatura
Registro no Conselho

Voltando à consulta, queira trazer esta receita.



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

201601

DADOS DO PACIENTE

Nome FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS				Prontuário/Atendimento 119098/0003
Nascimento 02/05/1970	Local JUCAS	País Nacionalidade Brasil		
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Casado(a)	Idade 48 Ano(s)
Documento(s) Identidade: 98029202796				CNS 70.8607.580.4358-82
Endereço VILA DAER	Nº 00	Bairro DAER	Município IGUATU-CE	CEP 63600-000
Fone (65)99732-5251	Profissão	Empresa		Fone Empresa
Responsável	CPF do Responsável			Fone Responsável
Endereço Responsável	Cônjugue			
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	Qdas 0
Medico ANTONIO ALBERTO BANDEIRA				CRM 2063
CID Principal S62.9 Fratura da perna, parte não especificada	CID Complementar S62.9 Fratura da perna, parte não especificada			Observação
Usuário ANA KELE RODRIGUES	Procedimento SUS			Sisprenatal
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.



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

At the

IGUATU, 15 de 5 2019

Dr. Antonio Alberto Bandeira
GOM 2003

ASSINATURA E-TERM

► Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada
6250-000



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 tibia 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

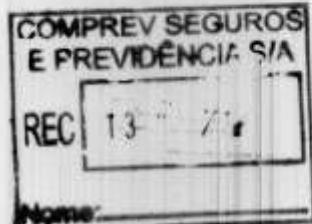
Atenciosamente.

Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
MÉDICO
CREMEC 18.121

Iguatu-CE, 12 de junho de 2019.

Alan Felipe Oliveira de Alencar

CREMEC: 18121





MINISTÉRIO 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

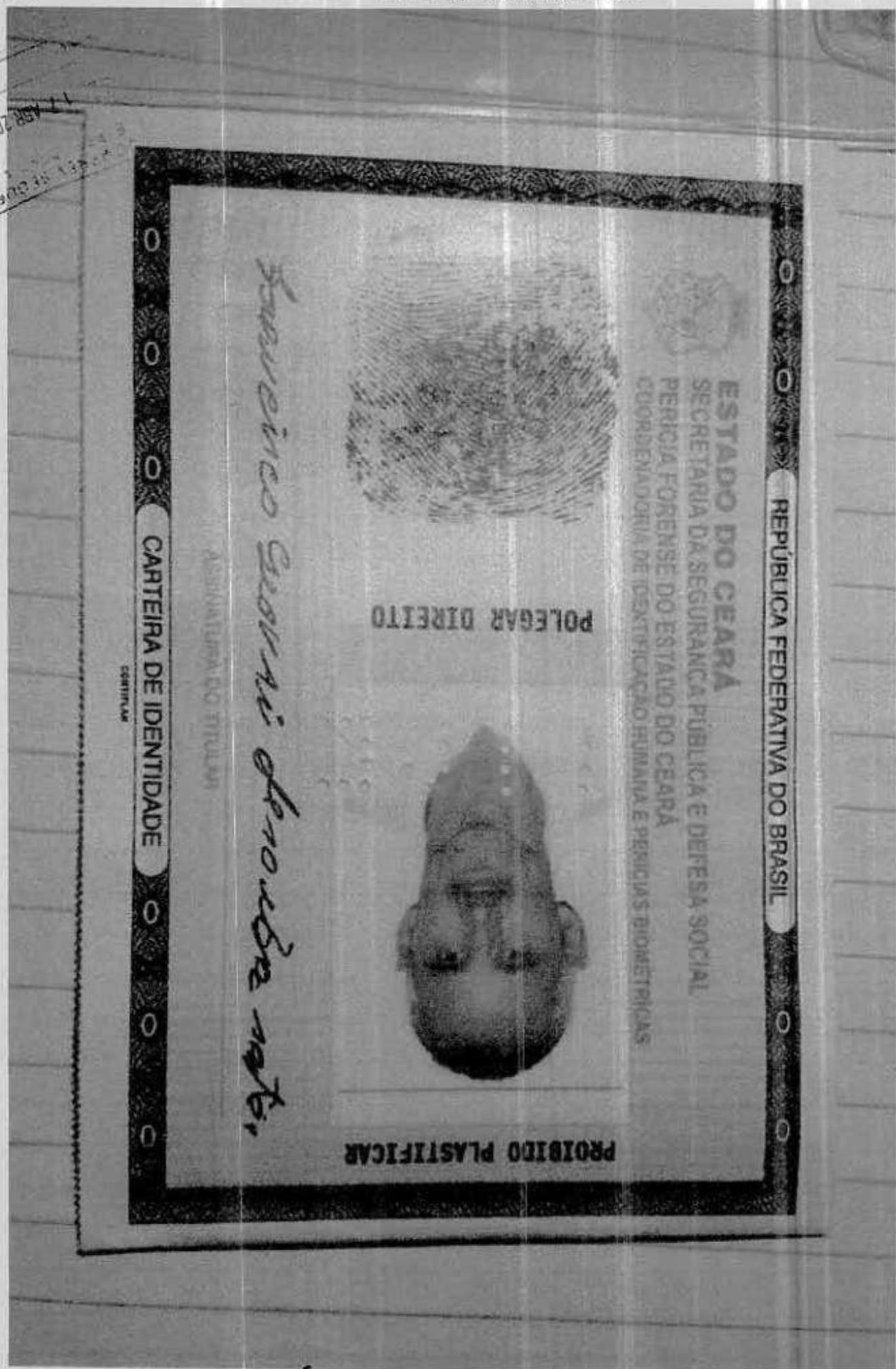
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

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

COMPRA SEGUROS
E PREV - VIVELISA

17 ABR 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 98029202796

DATA DE
EXPEDIÇÃO 03/04/2019

NAME

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

FLIAÇÃO

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:

000000035 LTVR0: A00042 JUCÁS - CE

CPF 569-607-863-04

P. 135

21-VI

ASSINATURA DO DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

1.1 APR 2019

240



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**

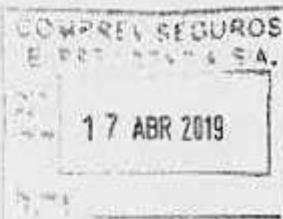
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/04/1993**

Dígito 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

CETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM P.N.T.R.C. EXERCÍCIO
JOSUEL 536754365 0000000000 2018

PAULO GOMES BEZERRA

IGUATU/CE

CPF / CNPJ
79195423320

PLACA
0918803

PLACA ANTO/UF
*****/CE

CLASSE
9C2JC4110DR421183

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

2P/0CV/124CC

ALUGUEL

COR PRINCIPAL/SECUNDÁRIA
VERMELHA

I COTA ÚNICA

YENO COTA ÚNICA

YENO COTAS

P FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

100,00

100,00

02/05/2018

SEGURADO OBRIGATÓRIO

06/06/2018

06/06/2018

IGUATU

LOCAL

06/06/2018

CEP/DOCE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE Nº 013871593817 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

0919983

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 DATA EMISSÃO
2018 05/06/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 79195423320 0918803

RENAVAM MARCA / MODELO
536754365 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 09 CLASSE
2013 9C2JC4110DR421183

PRÉMIO TARIFÁRIO

01,29 FMS (R\$) 9,03 DEMATRAN (R\$) 90,00 CUSTO DO SEGURO (R\$)

4,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70 IOF (R\$) 1,85 CUSTO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO 02/05/2018

COTA ÚNICA PARCELADO

PROPRIETÁRIO
LOTE / DOC: **SEGURADORA LIDER - DPVAT**

MOTOR: JC49E1D4B4J0348.50000001-04

0919983



**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 - Orgão 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 TEVE FRATURA PROXIMAL DA 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 SECUNDÁRIA 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 AUXÍLIO 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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 Página: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 Medicas e Odontologicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

IVELINE DE LIMA FELIX STUDART FROTA CREMEC N°: 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 nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

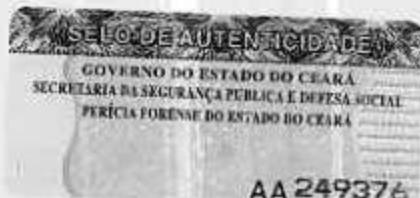
Sim;

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

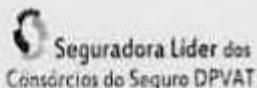
Prejudicado.

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

IVELINE DE LIMA FELIX STUDART FROTA
CREMEC N°: 14729



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131362/19

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

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 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

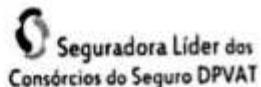
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019

Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

CPF: 657.763.053-49

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/05/2019

Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

CPF: 569.607.863-04

Data do cadastramento: 24/05/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/06/2019

Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

CPF: 569.607.863-04

Data do cadastramento: 13/06/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 AUXILIO DE MULETAS.

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE PRIMEIRAMENTE COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR ,EM SEGUITA 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 **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
SANTOS

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 RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANÇA 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 %

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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, INSUSCETÍVEIS 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 **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
SANTOS

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: RAIO 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 **Data do acidente:** 21/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
SANTOS

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

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/05/2019

Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

CPF: 569.607.863-04

Data do cadastramento: 24/05/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

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

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

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

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 17/05/2019

Nome: FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

CPF: 569.607.863-04

Data do cadastramento: 17/05/2019

Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

CPF: 657.763.053-49

FRANCISCO GEOVANI DE SOUZA SANTOS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA