

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498129

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 000000099471-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498129

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

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

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:	
	620.179.203-12	JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	632	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO JOSÉ	JUAZEIRO DO NORTE	CEARA	63.024-520
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(88) 98809-0712		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0032	CONTA: 00099471	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, J. DO NORTE-CE, 09-05-19	TESTEMUNHAS	
	Nome: _____	1ª Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
		Assinatura	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____	
		Assinatura	

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 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.

Conta
destino: 0032 / 013 / 00099471-1

Nome
destinatário: JOAO PEDRO DA S FERREIRA

Valor (R\$): 5,00

Identificação
da
operação: JOAO PEDRO

Data de
débito: 09/05/2019

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:	
	620.179.203-12	JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	632	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO JOSÉ	JUAZEIRO DO NORTE	CEARA	63.024-520
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(88) 98809-0712		

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: 0032 CONTA: 00099471 1
(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 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, J. DO NORTE-CE, 09-05-19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Pedro da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

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 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.

Conta
destino: 0032 / 013 / 00099471-1

Nome
destinatário: JOAO PEDRO DA S FERREIRA

Valor (R\$): 5,00

Identificação
da
operação: JOAO PEDRO

Data de
débito: 09/05/2019

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Impresso nº 2019279064

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5104 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/04/2019 09:34:21**
Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2019 12:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER**
Complemento:
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Ponto de Referência:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA**
Nascimento: **29/06/1998** CPF: **620.179.203-12**
RG: **20086371406** Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA JOSÉ DA SILVA FERREIRA**
ELIAS FERREIRA
Endereço: **RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER, 632**
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(88) 8812-8516**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PIP7417** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0810GR479274** Renavam: **1100223310** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertida das penalidades previstas nos artigos 339 e 340 do CPB afirma a vítima que possui CNH (06705163301 DETRAN/CE) e que na data, hora e local informados, trafegava sozinho na moto acima cadastrada pela Rua Engenheiro Jose Walter, bairro São José, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, quando derrapou em um banco de areia que havia na via e caiu do veículo. Que em razão da queda sofreu lesões; Que o ocorrido se deu na rua de sua casa, tendo populares chamado o pai da vítima, que o socorreu para o HRC em razão da lesões sofridas; QUE não havia ninguém em sua garupa; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB). QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CNH DO CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, CRLV DO VEICULO e FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E nada mais disse////////

X
João Pedro



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Impressa nº 2019279064

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5184 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Fco. Finézio F. de Azevedo Segundo
Escrivão de Polícia Civil
Classe C Nível IV
Mat. 300.126-1-5

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO FINEZIO FERREIRA DE AZEVEDO SEGUNDO - MAT.: 300126-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X~~João Pedro da Silva Furtado~~

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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:	
	620.179.203-12	JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	632	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO JOSÉ	JUAZEIRO DO NORTE	CEARA	63.024-520
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(88) 98809-0712		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0032	CONTA: 00099471	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 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.

Investprev Seguradora S/A

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
		14 MAI 2019
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
		CNPJ: 42.366.302/0001-28
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, J. DO NORTE-CE, 09-05-19	TESTEMUNHAS	
	Nome: _____	1ª Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
		Assinatura	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____	
	João Pedro da Silva Ferreira	CPF: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
	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 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.

Conta
destino: 0032 / 013 / 00099471-1

Nome
destinatário: JOAO PEDRO DA S FERREIRA

Valor (R\$): 5,00

Identificação
da
operação: JOAO PEDRO

Data de
débito: 09/05/2019

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:	
	620.179.203-12	JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	632	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO JOSÉ	JUAZEIRO DO NORTE	CEARA	63024-520
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(88) 988090712		

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: 0032 CONTA: 00099471 1
(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.

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, J. DO NORTE-CE, 09-05-19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Pedro da Silva Ferreira
 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 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.

Conta
destino: 0032 / 013 / 00099471-1

Nome
destinatário: JOAO PEDRO DA S FERREIRA

Valor (R\$): 5,00

Identificação
da
operação: JOAO PEDRO

Data de
débito: 09/05/2019

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Pront.: 26988 Data Nasc.: 29/06/1998 Idade: 20 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 06/04/2019 12:42
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000 Bairro: TRIANGULO Tel.: 88 98812-8516
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER Num: 632

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CICERA CRISTINA DE MORAIS Horário: 06/04/2019 12:50
Queixa: PACIENTE SOFREU ACIDENTE NO TRANSITO COM LESÃO EXOSTA EM PE E TORNOZELO D
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA
ato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM: 6 Nº: 479198 Horário 06/04/2019 12:51
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO
Comorbidades:
HDA/Exame Físico:
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA DA MOTO SOBRE O PÉ D.
DOR EM PÉ D.
ESCORIAÇÕES, FERIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO
CD RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	06/04/2019 12:53	Sim	Pendente
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	06/04/2019 13:00	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM 20193 06/04/19 12:55

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA	Idade: 20 ano(s) 9	Prontuário: 26983
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	UF: CEARÁ	Sexo: Masculino
Bairro: TRIANGULO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 60000-000	Num: 1	

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 06	Leito: 421
Internação 06/04/2019	16:32 Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Condições de Alta

Melhorado

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 10/04/2019

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / T107 1922



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Pront.: 26988 Data Nasc.: 29/06/1998 Idade: 20 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 06/04/2019 12:42
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000 Bairro: TRIANGULO Tel.: 88 98812-8516
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER Num: 632

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CICERA CRISTINA DE MORAIS Horário: 06/04/2019 12:50
Queixa: PACIENTE SOFREU ACIDENTE NO TRANSITO COM LESÃO EXOSTA EM PE E TORNOZELO D
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA
ato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM: 6 Nº: 479198 Horário: 06/04/2019 12:51
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSPORTE
Comorbidades:
HDA/Exame Físico:
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA DA MOTO SOBRE O PÉ D.
DOR EM PÉ D.
ESCORIAÇÕES, FERIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO
CD RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Investor Seguradora S/A
26 AGO 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	06/04/2019 12:53	Sim	Pendente
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	06/04/2019 13:00	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM 20193 06/04/19 12:55

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER
Bairro: TRIANGULO
CEP: 60000-000

Idade: 20 ano(s) 9 Prontuário: 26983
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Num: 1

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 06 Leito: 421
Internação 06/04/2019 16:32 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 10/04/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Machado de Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / T10T 14928



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000099471-1

Nr. da Autenticação EE788F1EEE6085E4



Nº de Inscrição:

022079734

DADOS DO CLIENTE

Nome: ELIAS FERREIRA

End. Leitura: RU ENG JOSE WALTER, 632, SÃO JOSE

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63024-520

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 002

Quadra: 0336

Lote: 0342

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ABUA	AR-4L453268	2720	2734	14	14

DATAS

Leitura Atual: 13/04/2019

Emissão: 17/04/2019

Lacre Água:

Leitura Anterior: 15/03/2019

Próxima Leitura: 14/05/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enxágua	141	141	022	113	111
Análises	143	143	143	113	113
Em conformidade	138	142	141	130	113

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ABUA
Juros de 0,033% ao dia
Multa de 2%

Valor (R\$)

45,61

0,18

0,62

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
FEV/19	15	0
MAR/19	14	0
ABR/19	11	0
MAY/19	14	0
JUN/19	11	0
JUL/19	11	0
AUG/19	11	0
SET/19	15	0
OUT/19	16	0
NOV/19	15	0
DEZ/19	15	0
JAN/20	14	0
FEB/20	11	0
MAR/20	17	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,44
COFINS	2,22

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	58,52
VALOR DO SUBSIDIO	11,93
VALOR TOTAL A PAGAR	46,59

MÊS/ANO

04/2019

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,59

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 351512060402699 L: 7705 H: 08:09:36 R: 073 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa
Econômica Federal, Santander, Bradesco, Outros: PagFatura
A Cagece disponibiliza o serviço de cobrança em nome de
sua filial. Após a emissão, consulte sua agência.

Cidade de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

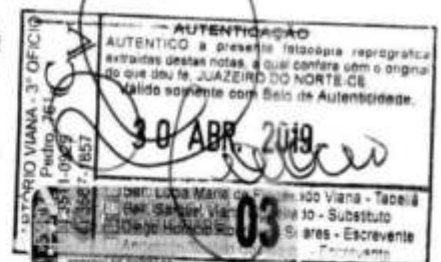
Cagece
NORDE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACRON - Autarquia de Regulação, Fiscalização e
Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Demais
localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do
Ceará 0800 275 3808. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de
8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918,
de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumo pago por
E-mail: E-mail:PagFatura@arce.ce.gov.br

155
Ouvidoria



Fatura Mensal

Via do agente
atendentes

DADOS DO CLIENTE

351512060402699 - 7705

Inscrição: 022079734

Código de Responsável:

Mês/Ano: 04/2019

Local: 021

Setor: 002

Quadra: 0336

Lote: 0342

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/05/2019

Total (R\$): 46,59

82610000000 7 46590009300 1 02207973401 2 00076022015 2



Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



1994 46050 2.0

CP: 0000

600

Lucy's Biography

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

É obrigação do usuário manter seus cadastros atualizados junto à Cargem, conforme as resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: FORTALEÇA: ACFOR – Associação de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 7787. Demais localizações: ACFOR – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 273 3838. Atendimento presencial: 155. Site da ACFOR: www.acfor.org.br

Atendimento: 24 horas por dia, 7 dias por semana, nos locais de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cargem.com.br ou no e-mail: atendimento@cargem.com.br



01/2019

01/2019

Case: 00-0004

Total (USD)	38,14
-------------	-------

826600000000 2 34140008500 4 02173259001 9 02002022015 6





Nº de Inscrição:

022079734

DADOS DO CLIENTE

Nome: ELIAS FERREIRA

End. Leitura: RU ENG JOSE WALTER, 632, SÃO JOSE

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63024-520

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 002

Quadra: 0336

Lote: 0342

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ABUA	AR-4L453268	2720	2734	14	14

DATAS

Leitura Atual: 13/04/2019

Emissão: 17/04/2019

Lacre Água:

Leitura Anterior: 15/03/2019

Próxima Leitura: 14/05/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enxágua	141	141	022	113	111
Análises	143	143	143	113	113
Em conformidade	138	142	141	130	113

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ABUA
Juros de 0,033% ao dia
Multa de 2%

Valor (R\$)

45,61

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
FEV/19	15	0
MAR/19	14	0
ABR/19	11	0
MAY/19	14	0
JUN/19	11	0
JUL/19	14	0
AUG/19	11	0
SET/19	15	0
OUT/19	16	0
NOV/19	15	0
DEZ/19	15	0
JAN/20	14	0
FEB/20	11	0
MAR/20	17	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,44
COFINS	2,22

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	58,52
VALOR DO SUBSIDIO	11,93
VALOR TOTAL A PAGAR	46,59

MÊS/ANO

04/2019

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,59

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 351512060402699 L: 7705 H: 08:09:36 R: 073 P: 001

Bancos: Bradesco, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa,
Economia Federal, Santander, Bradesco, Outros: PagFatura
A Cagece disponibiliza o serviço de cobrança em nome de
sua filial. Após a nota emitida, consulte sua agência.

0800 275 0195

Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e
Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Demais
localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do
Ceará 0800 275 3806. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de
8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918,
de 8h às 12h e 13h às 17h.

0800 275 0195

155



Fatura Mensal

Via do agente
atendentes

DADOS DO CLIENTE

351512060402699 - 7705

Inscrição: 022079734

Código de Responsável:

Mês/Ano: 04/2019

Local: 021

Setor: 002

Quadra: 0336

Lote: 0342

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/05/2019

Total (R\$): 46,59

82610000000 7 46590009300 1 02207973401 2 00076022015 2



Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





46050 2.0

03

100

midline **gno**

the Government will

2

Lacuna Elephantina

Lacuna Elephantina

For further information, call

1-4

110
111

343

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

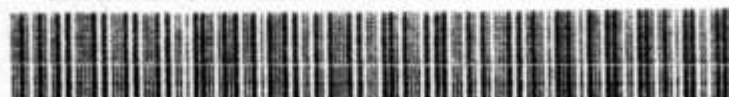
04/2019

References

Conclusions

Visual stimuli	31.14
----------------	-------

826800000000 2 34140008500 4 02173258001 9 02002022015 6



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUJEITAS ÀS SANÇÕES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pelo exposto, eu **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **045.291.864** / **23**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº **610.179.203** / **12**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **610.179.203** / **12**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número:	09	Complemento:	PISO
Bairro:	ROMEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO NORTE	Estado:	CE
E-mail:	LORDNALDO@YAHOO.COM			CEP:	63050-720
				Tel. (DDD):	(88) 3512/4870

Local e Data: **J. DO NORTE - CE 09-05-2019**


Assinatura do Declarante

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pelo exposto, eu **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **045.291.864** / **23**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº **610.179.203** / **12**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **610.179.203** / **12**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número:	09	Complemento:	PISO
Bairro:	ROMEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO NORTE	Estado:	CE
E-mail:	LORDNALDO@YAHOO.COM			CEP:	63050-720
				Tel. (DDD):	(88) 3512/4870

Local e Data: **J. DO NORTE - CE 09-05-2019**


Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Pront.: 26988 Data Nasc.: 29/06/1998 Idade: 20 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 06/04/2019 12:42
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000 Bairro: TRIANGULO Tel.: 88 98812-8516
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER Num: 632

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CICERA CRISTINA DE MORAIS Horário: 06/04/2019 12:50
Queixa: PACIENTE SOFREU ACIDENTE NO TRANSITO COM LESÃO EXOSTA EM PE E TORNOZELO D
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA
ato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM: 6 Nº: 479198 Horário 06/04/2019 12:51
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO
Comorbidades:
HDA/Exame Físico:
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA DA MOTO SOBRE O PÉ D.
DOR EM PÉ D.
ESCORIAÇÕES, FERIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO
CD RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	06/04/2019 12:53	Sim	Pendente
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	06/04/2019 13:00	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM 20193 06/04/19 12:55

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA	Idade: 20 ano(s) 9	Prontuário: 26983
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	UF: CEARÁ	Sexo: Masculino
Bairro: TRIANGULO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 60000-000	Num: 1	

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 06	Leito: 421
Internação 06/04/2019	16:32 Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALMEIDA

Data: 10/04/2019

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Machado de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / T10T 14928



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER
Bairro: TRIANGULO
CEP: 60000-000

Num: 1

Idade: 20 ano(s) 9 Prontuário: 26983
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-
Internação 06/04/2019

Enfermaria: 06 Leito: 421
16:32 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 10/04/2019

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Agendamento		
Raio x	Dr. Klinger	
Data: 09/05/19	Data: 10/05/19	Data:
Hora: 09 h	Hora: 09 h	Hora:
Código	Código 98859	Código


Dr. Frederico Machado de Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEOD 11920

MARCAÇÃO DE RETORNO - NAC

NOME: **João Pedro da Silva Ferreira**

SOLICITO AO NAC MARCAÇÃO DE CONSULTA DE RETORNO PARA O
PACIENTE SUPRACITADO, AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 30
DIAS.

GRATO.

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

JUAZEIRO DO NORTE - CE, 10/04/2019



Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TRT 11920

MÉDICO

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 06/04/19 18:36

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

Prontuário: 28983

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: SAMIR SAMAN FILHO

1º Auxiliar:

Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 29/06/1998

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 04G

Anestesiologia: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

FRATURA EXPOSTA 2,3,4,5 METATARSO DIREITO

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA

CAMPOS ESTERILIS

REALIZADO ACESSO SOBRE DORSAL SOBRE METATARSO ENTRA OS ESPAÇOS 2 E 4 METATARSAL. GRANDE QUANTIDADE DE HEMATOMA E EDEMA, AMPLIANDO ACESSO PARA FASCIOTOMIA.

LAVADO COM SFEM ABUNDANCIA

REALIZADO OSTEOSSINTISE DE 2,3,4,5 DE METATARSO DE PE DIREITO. CONFERINDO EM RADIOSCOPIA

LAVADO COM SFEM ABUNDANCIA

APROXIMAÇÃO DE BORDAS

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data

06/04/19

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



DR. PAULO MACÊDO
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CREMEC: 14.804 -

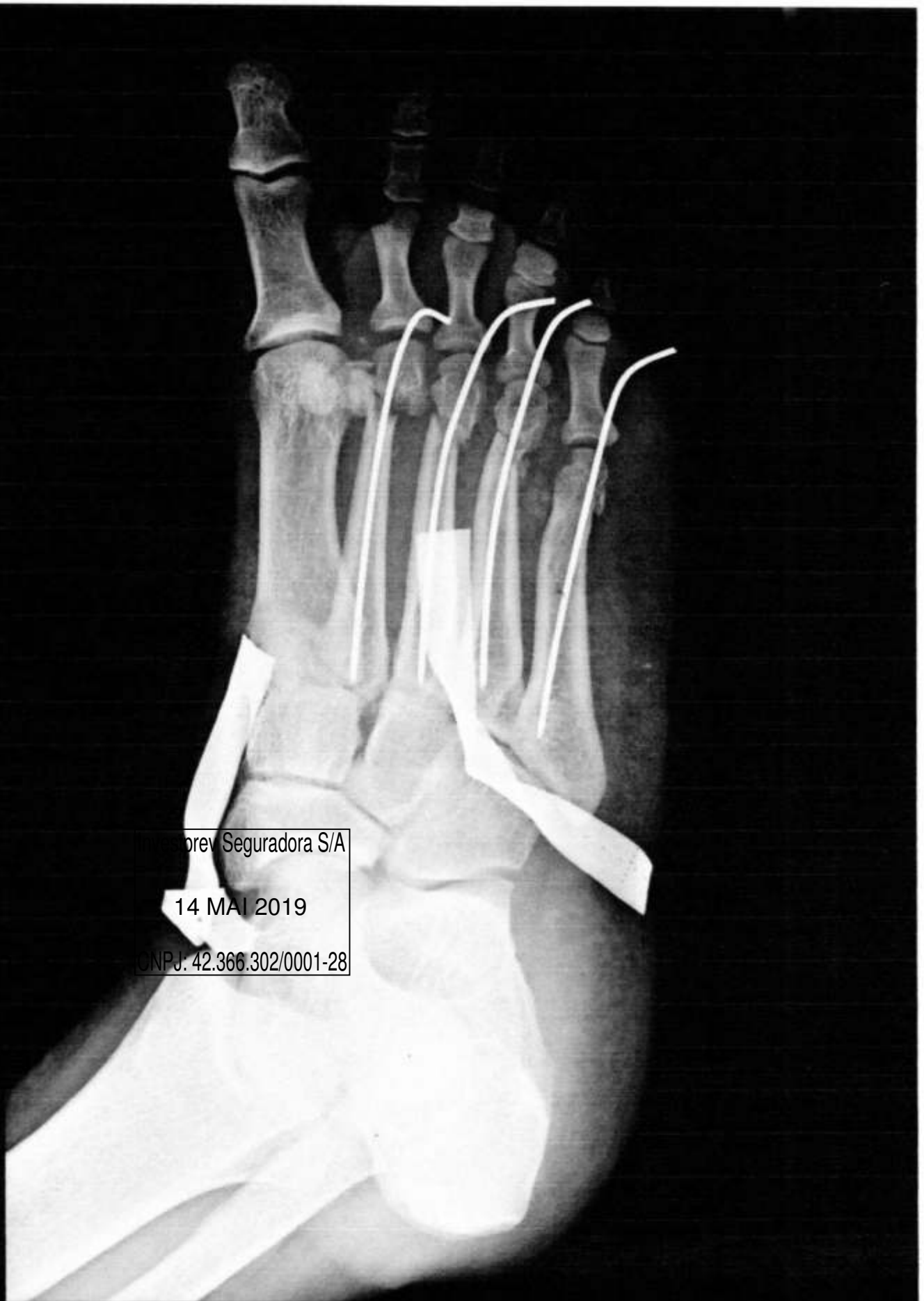


Imagem Seguradora S/A

14 MAI 2019


ONPJ: 42.366.302/0001-28

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

R

Investprev Seguradora S/A
14 MAI 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Imagemprev Seguradora S/A
4 MAI 2019
42.366.302/0001-28

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Investprev S. 14/03/2017
14 Mar 2017
CNPJ: 42.088.000/0001-91

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório médico

O paciente João Pedro do
Santo Faria refere que
de modo que resultou em
queimadura do pé (2º, 3º, 4º e 5º me-
lhos) direito. Recebeu tra-
tamento cirúrgico (coagulação) do
2º, 3º, 4º e 5º metatarsos do
pé direito. A presente sequela
motora (limitação de 50%
na mobilidade do pé direito).
Faz fisioterapia = 20 sessões.
Recebeu alta definitiva no
dia 09 de Agosto de 2019.

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

09/08/2019

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Alton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Pront.: 26988 Data Nasc.: 29/06/1998 Idade: 20 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 06/04/2019 12:42
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000 Bairro: TRIANGULO Tel.: 88 98812-8516
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER Num: 632

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CICERA CRISTINA DE MORAIS Horário: 06/04/2019 12:50
Queixa: PACIENTE SOFREU ACIDENTE NO TRANSITO COM LESÃO EXOSTA EM PE E TORNOZELO D
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA
ato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM: 6 Nº: 479198 Horário: 06/04/2019 12:50
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO
Comorbidades:
HDA/Exame Físico:
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEDA DA MOTO SOBRE O PÉ D.
DOR EM PÉ D.
ESCORIAÇÕES, FERIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO
CD RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	06/04/2019 12:53	Sim	Pendente
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	06/04/2019 13:00	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO HUGO MATIAS FURTADO CRM 20193 06/04/19 12:55

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA	Idade: 20 ano(s) 9	Prontuário: 26983
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER	UF: CEARÁ	Sexo: Masculino
Bairro: TRIANGULO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 60000-000	Num: 1	

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 06	Leito: 421
Internação 06/04/2019	16:32 Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 10/04/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Machado de Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / T10T 14928



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Endereço: RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER
Bairro: TRIANGULO
CEP: 60000-000

Num: 1

Idade: 20 ano(s) 9 Prontuário: 26983
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-
Internação 06/04/2019

Enfermaria: 06

Leito: 421

16:32 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

FRAT EXPOSTA DE PE D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM FIOS KIRSCHNER

Diagnóstico

S929 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S929	FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/04/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 10/04/2019

Agendamento		
Raio x	Dr. Klönger	
Data: 09/05/19	Data: 10/05/19	Data:
Hora: 09 h	Hora: 09 h	Hora:
Código	Código 98859	Código


Dr. Frederico Machado de Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEO 11920

MARCAÇÃO DE RETORNO - NAC

NOME: **João Pedro da Silva Ferreira**

SOLICITO AO NAC MARCAÇÃO DE CONSULTA DE RETORNO PARA O
PACIENTE SUPRACITADO, AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia EM 30
DIAS.

GRATO.

Investprev Seguradora S/A

26 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

JUAZEIRO DO NORTE - CE, 10/04/2019



Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TRT 11920

MÉDICO

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 06/04/19 18:36

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

Prontuário: 28983

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: SAMIR SAMAN FILHO

1º Auxiliar:

Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 29/06/1998

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 04G

Anestesiologia: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

FRATURA EXPOSTA 2,3,4,5 METATARSO DIREITO

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Investprev Seguradora S/A

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

26 AGO 2019

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA

CAMPOS ESTERILIS

REALIZADO ACESSO SOBRE DORSAL SOBRE METATARSO ENTRA OS ESPAÇOS 2 E 4 METATARSAL. GRANDE QUANTIDADE DE HEMATOMA E EDEMA, AMPLIANDO ACESSO PARA FASCIOTOMIA.

LAVADO COM SFEM ABUNDANCIA

REALIZADO OSTEOSSINTISE DE 2,3,4,5 DE METATARSO DE PE DIREITO. CONFERINDO EM RADIOSCOPIA

LAVADO COM SFEM ABUNDANCIA

APROXIMAÇÃO DE BORDAS

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data

06/04/19

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



DR. PAULO MACÊDO
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CREMEC: 14.804 -



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Investprev Seguradora S/A
26 AGO 2019
CNPJ 42.486.02/000172

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE TRIBUTOS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRIBUTOS
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE TRIBUTOS

JOÃO PEDRO DA SILVA PEREIRA

CPF 20086371406 **EST** CE

CPF 620.179.203-12 **DATA DE NASCIMENTO** 29/06/1998

RENÇÃO
ELIAS PEREIRA
MARIA JOSE DA SILVA PEREIRA

RENÇÃO **NCC** **CE** **AB**

Nº RENÇÃO 06705163301 **DATA** 30/06/2021 **1ª RENÇÃO** 16/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497258355

96

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497258355

JOÃO PEDRO DA SILVA PEREIRA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE **DATA** 29/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR **72814813446** **CE162958722**

CEARA

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
39029071681 SSPS CE

CPF 045.291.864-23 DATA NASCIMENTO 26/09/1982

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMELÃO ACC CENAR
AB

1656063485

04012393805 19/12/2021 16/12/2006

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL GUARAREMA DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 10/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

80514056010
CE168710862

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 1100223310 0000000000 2018

JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

JUAZEIRO DO NORTE/CE

62017920312 PIP7417

9C2KD0810GR479274

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PIP7417

2016 2016

BRANCA

1º 2º 3º

00/00/0000

RES.DOM. FRANCISCO OTACILIO FELIPE
DA LUZ; *****

JUAZEIRO DO NORTE/CE

09/10/2018

CE Nº 014059113995

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

62017920312

PIF7417
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

014059113995

42858553683

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 01 62017920312

RENAVAM 1100223310

ANNO FAB 2016

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA ÚNICA

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

LOTE/DO SEGURO DPVAT

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

INVESTPREV SEGURODPVAT S/A
CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498129 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM 2º AO 5º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498129 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DO 2º AO 5º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG1
PG 6 - FOLHA DE CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: <u>JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA</u>		
CPF: <u>620.179.203-12</u>	RG: <u>20086371406</u>	ÓRGÃO EMISSOR: <u>SSP-CE</u>
ENDEREÇO: <u>RUA ENGENHEIRO JOSE WALTER</u>		Nº <u>632</u>
BAIRRO: <u>SÃO JOSE</u>	CEP: <u>63024-520</u>	COMPLEMENTO: <u>CASA</u>
CIDADE/UF: <u>JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ</u>	Tel.(DDD) <u>(88) 9 8832 4565</u>	

OUTORGADO

NOME COMPLETO: <u>EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS</u>		
CPF: <u>045.291.864-23</u>	RG: <u>99029071681</u>	ÓRGÃO EMISSOR: <u>SSP - CE</u>
ENDEREÇO: <u>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</u>		Nº <u>09</u>
BAIRRO: <u>ROMEIRÃO</u>	CEP: <u>63050-720</u>	COMPLEMENTO: <u>PROX. A DELEGACIA CIVIL</u>
CIDADE/UF: <u>JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ</u>	Tel.(DDD) <u>(88) 3512/4870</u>	

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: <u>JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA</u>	CPF: <u>620.179.203-12</u>
NATUREZA: <u>INVALIDEZ</u>	ACIDENTE OCORRIDO DIA: <u>06.04.2019</u>

JOÃO PEDRO DA SILVA FERREIRA
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer por Autenticidade)
J. DO NORTE - CE, 30.04.2019
Local e Data



Investprev Seguradora S/A

14 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



CARTÓRIO VIANA
3º OFÍCIO

Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0929 / 3587-1657 - www.cartorioviana.com.br
Belª. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA, FEITO POR _____, DOU FE. Juazeiro do Norte-CE, 30/04/2019.

[Assinatura]

CARTÓRIO VIANA
3º OFÍCIO

TEL: (88) 3511-0929 / 3587-1657 - www.cartorioviana.com.br

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Diego Horácio R. Soares
- ESCRIVÃO -

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161605/19

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

CPF: 620.179.203-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: JOAO PEDRO DA SILVA
FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA : 620.179.203-12

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: 14/05/2019
Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292666/19

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

CPF: 620.179.203-12

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

JOAO PEDRO DA SILVA FERREIRA : 620.179.203-12

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: 26/08/2019
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva