
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
------------------------------	---

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

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 completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO JOSE EVANGELISTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000716-1**

Conta: **0000031975-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

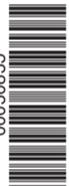
Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

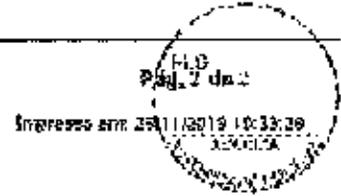
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
Polo Civil 6.148x.26
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019059257



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 673 - 4300 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 10:40:09**
Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2019 14:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO CEP: 62.860-000, PRATIUS II - PRATIUS PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
Nascimento: **24/07/1965** CPF: **708.166.113-00**
RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
Bairro: **CARACARA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98933-3057**

Histórico

ADENDO AO B.O 573-958/2019 E B.O 573-1294/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEÍCULO DE PLACAS HVH-3290, CHASSI LA7FSYB5701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE ESCLARECE A DATA DE 02/06/2019 E NÃO A REGISTRADA NO B.O 573-1294 QUE FOI A DATA DE 02/05/2019; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]
"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NUGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Imprensa nº 2019023433



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1294 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **MAO DELITUOSA**
 Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 13:04:28**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:25:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO, PRATIUS II - PINDORETAMA/CE**
 Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
 Nascimento: **24/07/1965** CPF: **709.366.113-00**
 RG: **2003010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA LUIS EVANGELISTA FILHO**
 Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
 Bairro: **CARACARA**
 Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98933-3057**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVM3290** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **LA7FSY85701**
 Renavam: **399636188** Tipo do Veículo: **CAMINHÃO** Marca / Modelo:
FORD/F4000 Ano Fabricação: **1977** Ano Modelo: **1977** Combustível:
DIESEL Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDO XAVIER DA SILVA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADENDO AO B.O 573-958/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEÍCULO DE PLACAS HVM-3290, CHASSI LA7FSY85701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELA REGISTRO: _____

“ESCRIVÃO AD HOC” - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A): _____

CESAR COLACO MUGUEIRA - MAT.: 133210-1-2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA Cível
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORÉTAMA
Impressão nº 0219504589



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 873 - 958 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 23/08/2015 11:25:47
Data / Hora da Ocorrência: 22/05/2015 14:25:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA VALE ALBINO
Complemento:
Bairro: PRATAS II Município: PINDORÉTAMA/CE
Ponto de Referência: CASA DO NASCIMENTO

Dados da(s) vítima(s)

Nome: PAULO JOSÉ EVANGELISTA
Nascimento: 24/07/1965 CPF: 709.185.113-40 UF: CE
RG: 2039010149822 Cópia Emisso: 55905
Filiação: BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA
LUIS EVANGELISTA FILHO
Endereço: RUA PIRES DA ROCHA CASA
Bairro: CARACARA CEP:
Município: AQUARAZICE Telefone: (85) 98933-3677
País: BRASIL

Narrativa

Que estava pilotando seu ciclomotor 500 PHOENIX, Marca Shincoy, Ano 2012, cor preta, Chassi LXY2CBL0700517352, quando o veículo que estava na frente freiou no meio da avenida Vale Albino, não dando tempo de virar, acabou colidindo na traseira do veículo não identificável, que foi encorrido pela ambulância do hospital local, em seguida conduzido para U.F para que fosse submetido a cirurgia na perna direita pois havia fraturado o joelho. Que diante o exposto procurou esta DPC para comunicar o ocorrido.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORÉTAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____ "RESERVAÇÃO NOME" - MAT: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo José Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A): _____ CESAR CENACU MOURA - MAT: 13981071

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORÉTAMA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DADOS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MONTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **208166113-00** 4 - Nome completo da vítima: **PAULO JOSE EUANGELISTA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (TÍTULAR/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **PAULO JOSE EUANGELISTA** 6 - CPF: **208166113-00**
7 - Profissão: **PEÇADOR** 8 - Endereço: **PV CARACARAÍAS** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **CARACARAÍAS** 12 - Cidade: **ABUIRÁZ** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **61700-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(85) 928375275**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/REPRESENTANDO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM O CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA COBERTURA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: CONTA CORRENTE (Todos os bancos) CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Banco do Brasil (BB) Itaú (ITAU)
 Banco de São Paulo (BSP) Caixa Econômica Federal (CEF)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **046** CONTA: **00031975**
(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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BENS DO BENEFICIÁRIO - PRESENCIALMENTE SOMENTE PARA COBERTURA DE MONTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido (velhos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos 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.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
38 - Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **ABUIRÁZ 13/12/19**
Paulo José Evangelista
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10227584

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética de Goiás
 Rua Pedro Velho, 140
 CEP 60135-000 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07042761/0001-70 | CEF 05.105.848-9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | 02
 Nota: A0538R51 - 21400 Referência: 019122296
 Nome: BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA
 Endereço: PV CARACARA, 00000, DISTRITO CARACARA, 61700-000,
 Classificação: AQUARAZ Residencial RURAL
 Modalidade Tarifária: B2 RURAL
 Ligação: Manufásico
 Data de Início: 23/09/2019
 Medidor: 839679-5CH-001
 ATICA RESERVADA AO FISCO

ANEXOS: B339, B130, 9700, E3E4, 9226, 3295, D305
 DATAS DE LEITURA
 Anterior: 26/07/2019
 Atual: 26/08/2019
 P.F.: 31 dias
 Próximos previstos: 24/09/2019



Posto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Consumo kWh (kWh)	Consumo fact. (kWh)	Consumo Pot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
T2	47,518	47,449	1,88	61	61	0,43492	26,53

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATÓRIOS	-	0,00
CONSUMO	-	0,00
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,43492	26,53
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	0,15
COBRANÇA DE PEQUENOS VALORES	-	2,21
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-28,89
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	-28,97
		28,89

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,89	1,35	0,39
COFINS	28,89	6,16	1,78

Consumo Consistente: 01/10/2019 0,00
 EMISSÕES DE CO₂ (kg CO₂e/kWh) Compensado e/ou cancelado pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) - Compensado kg (CO₂) - Condição Equilíbrio (kg CO₂e) = 0

44



HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
HCPNP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

elab

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/06/19 RECEPTIONISTA: FD HORA: 14:25
PACIENTE: Paulo José Evangelista
END.: Rua Lora
BAIRRO: _____ D.N.: 24/07/65 IDADE: 53 ANOS
FONE: 984054031 CADSUS/ID: _____
MÃE: Benedita Francisca Evangelista

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

PA: 130 x 80 mmHg DX: _____ Mg/dl T: 36,5 °C PESO: _____ Kg FC: 85 Bpm

SAT: 98 % FR: 18 irpm ATENDER ATÉ _____

AVALIÇÃO QUANTITATIVA DA DOR

Obs: Caso febre até 38 °C dar 01 gota/kg paracetamol V.O. caso vá esperar (Máx 40 gotas)

Não há	baixa	Média	Alta	Muito alta	Extrema

HISTÓRIA CLÍNICA:

Doente virou de cama há 15 dias com dor leve + febre + tosse + falta de ar + náusea + vômito + diarreia

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: 02/06/19

- TCE leve

DIAGNÓSTICO: Infecção por vírus D

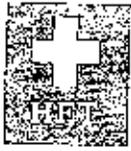
EVOLUÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIDO: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

OBSERVAÇÃO: () INTERNAMENTO: () EM: 02/06/19 AS 15:40 HS.

JJF (2010)
Téc: Marcela
Prof: Douglas

F. J. da Silva
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

MURO JOSS' EUNOBUSTA
UNO MEMO.

Ateto per o perit crura
foi submetido e ingris
ps Fraturas do cõnnico
FEMURAL DIREITO. (§ 72-4)

Evou ic/ POR E UNTA-
CÃO FUNCIONAL.

Comto Auxilio DOPUS
POR TEMPO INDETERMINADO

02
10/19

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.810-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODEL 4



D



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 02/08/2019 18:23:45	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 888005488662786	NOME: PAULO JOSE EVANGELISTA		Registro: 5819875		
CPF:	RG: 20080101488	D. NASC: 24/07/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarelo
NOME DA MÃE: BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA		NOME DO PAI: LUIZ EVANGELISTA FILHO			
TPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE PIRES DA ROCHA		Nº:	BAIRRO: CARACARA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: AGUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: VALDENIA		PARENTESCO: AMIGA		TELEFONE: 994054031	
AGENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VINCULO:	CHUVA EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE/R	
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, TRAUMA EM CABEÇA E EM MD. LACERAÇÃO EM SUPERGÍLIO DIREITO					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIA. JAQUE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">02/08/2019</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">13:52</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Eduardo Moreira</p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Relatório Fisioterapêutico

Declaro para devido fins que Paulo Jose Evangelista, 54 anos, sexo masculino, foi admitido para atendimento fisioterápico no dia 01/08/2019 com diagnóstico de fratura do fêmur distal e patela da perna direita, apresentando dificuldade de deambular, bloqueio articular, edema, dor e foi realizada 60 ss de fisioterapia para medidas analgesia, anti-inflamatório, cinesioterapia com objetivo de fortalecimento muscular, recuperar ADM.

Paciente apresenta algumas dificuldades no movimento de flexão e extensão do joelho e bloqueio articular, necessitando seguir orientações fisioterápica.

Fortaleza, 23 de outubro 2019.

Lucia Claudete Ribeiro Barbosa

02.255.211/0001-09

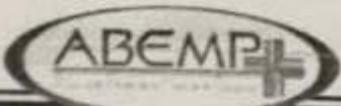
FISIOLIN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

PINHEIRO BARBOSA S/S LTDA

Rua Angélica Gurgel, 226

Messejana - CEP: 60871-030

FORTALEZA - CEARÁ



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atesto para os devidos fins,
que Paulo José Evangelista
fez utipuro de oblíquo com
motocicleta, Aferido pontos
do lãndilo femores dir... Fez
Aubretido a tref. Lirigilo.
Apresenta alta definitiva de
dor e incapacidade funcional
p/ flexão-extensão do joelho
& p/ marcha. Portanto, com
sequela permanente.

2.07.2020

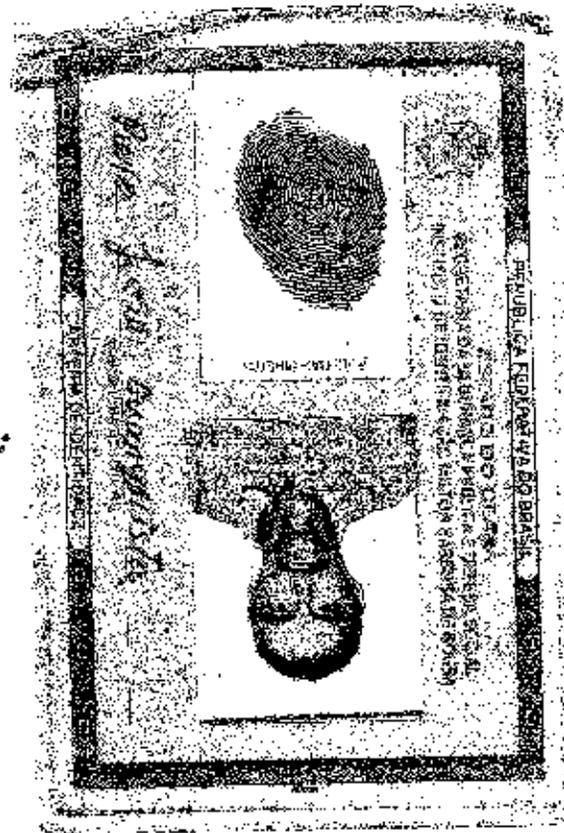
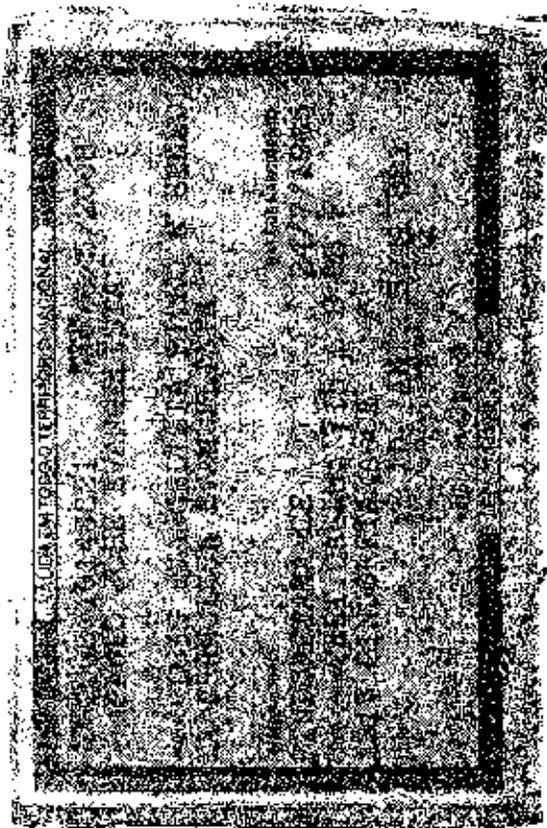
Paulo José Evangelista
CNPJ: 06.578.611/0001-06
CNPJ: 06.578.611/0001-06

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3718
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005894/35-51

DELEGALIA DESTINO: DELEGALIA MUNICIPAL DE PINDURETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Farley
FARLEY CORDEIRO LUPES

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo José Evangelista





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **708.166.113-00**

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**

Data de Nascimento: **24/07/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/1994**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:52:44** do dia **13/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A025.7741.439A.0CA9**



Este documento não substitui o "Comprovante de inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732

Cidade: Pindoretama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do acidente: 02/06/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3200001732

Cidade: Pindoretama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do acidente: 02/06/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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