

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029344

Cidade: Maranguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029344

Cidade: Maranguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024912/20

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JI

CPF: 892.877.463-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Titular do CPF: RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR : 892.877.463-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
CPF: 892.877.463-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

ALANA DA SILVA DE MATOS

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551406120

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551406120



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF

99023022204

SSPDC

CE

CPF

892.877.463-20

DATA NASCIMENTO

21/12/1981

FILIAÇÃO

ANTONIO JOSE RODRIGUES
DE ABREU
EDIVANIE MARIA DOS
SANTOS ABREU

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AD

Nº REGISTRO

01829651968

VALIDADE

31/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

13/06/2001

OBSERVAÇÕES

CEARÁ

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MARANGUAPÉ, CE

DATA EMISSÃO

18/12/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

29774458216

CE162079087

CEARÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 4949 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:37:24**
Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R LEONCIO LEITE DE SOUSA, CACIMBÃO - UMARIZEIRAS MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR**
Nascimento: **21/12/1981** CPF: **892.877.463-20**
CNH: **01829651968** Orgão Emissor: **DETAN** UF:
Filiação: **EDIVANIE MARIA DOS SANTOS ABREU**
ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU
Endereço: **RUA IRMÃ CÂNDIDA MARIA, 89**
Bairro: **PARQUE IRACEMA**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98788-0284**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OIF1854** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C2KC1650CR541618** Renavam: **468283544** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **HELICINALDO COSTA DO VALE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**
- 2) Placa: **OZA8672** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **93ZC35B01E8457202** Renavam: **996103279** Tipo do Veículo: **CAMINHONETE** Marca / Modelo: **IVECO/DAILY 35S14HDCS** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CENTRO COMERCIAL MESA FARTA LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Segundo o declarante no dia 05.10.2019 por volta das 15:30 horas estava pilotando a motocicleta de placas OIF1854 e estava sozinho, onde se deslocava da localidade de Bela Vista com destino a localidade de Cacimbão, quando nas imediações da parede do açude da localidade de Cacimbão, em Maranguape, um caminhão avançou a contramão para realizar uma curva, vindo colidir frontalmente com a motocicleta do declarante;

QUE do acidente lesionou o joelho esquerdo; QUE foi socorrido por populares, podendo indicar como socorristas: GLEIFE DE ABREU SILVEIRA - CPF 801.803.963-15 E ANTONIO WERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA - CPF 61052376347; QUE foi socorrido para o Hospital Municipal, em Maranguape, onde foi medicado e em seguida transferido para o IJF, em Fortaleza, onde foi medicado e ficou aguardando leito no Hospital Fernandes Tavora; QUE foi



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019884344



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 4949 / 2019

transferido para o Hospital Fernandes Tavora, em Fortaleza, no dia seguinte (06.10.2019) por volta das 15:00hrs, onde realizou procedimento cirúrgico e permaneceu hospitalizado por quatro dias; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 15:30 horas e deu entrada no Hospital por volta das 16:41horas. E nada mais disse./////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônio José Rodrigues de Abreu Júnior

VISTO DO DELEGADO(A) :

Thamiles Lorena Sotelo Melo - MAT.: 3012474X

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO JOSE R ABREU JR
 End. Leitura: RUA IRM CANDIDA MARIA, 126, CENTRO
 Cidade: MARANGUAPE

CEP: 61948-365

End. Entrega:

Cidade:

Local: 051 Setor: 003 Quadra: 0144 Lote: 0127 CEP: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m ³)	Média Semestral(m ³)
ÁGUA	A10F181631	1821	1838	17	15

DATAS

Leitura Atual: 21/11/2019 | Emissão: 21/11/2019 | Lacre Água: 6830505
 Leitura Anterior: 21/10/2019 | Próxima Leitura: 20/12/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	058	058	012	058	058
Analizadas	058	058	012	058	058
Em conformidade	057	058	011	045	058

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m³ | META: 14 m³.

Constatamos debito de R\$ 60,12. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
Valor (R\$)
HISTÓRICO DE VOLUME

ÁGUA
 DESCONTO ÁGUA
 JURUS DE 0,033% AO DIA
 JUROS/MULTA TARIFA CONT
 ACRESCE. IMPONT. ÁGUA TARI
 MULTA DE 2%
 TARIFA DE CONTINGENCIA

62,86
 -12,57
 0,63
 0,13
 0,24
 1,16
 18,32

Mês/Ano

Água (m³)

Esgoto (m³)

nov/18

17

0

dez/18

13

0

jan/19

14

0

fev/19

15

0

mar/19

13

0

abr/19

13

0

mai/19

17

0

jun/19

15

0

jul/19

14

0

ago/19

17

0

set/19

16

0

out/19

16

0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO
SUBSÍDIO
Descrição
Valor (R\$)
Descrição
Valor (R\$)

PIS
 COFINS

0,67

3,38

VALOR DO SERVICO

77,78

VALOR DO SUBSÍDIO

7,01

VALOR TOTAL A PAGAR

70,77

MÊS/ANO
VENCIMENTO
TOTAL A PAGAR (R\$)

11/2019

05/12/2019

70,77

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:352967053934745 L:0383 H:09:54:21 R:054 P:001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – 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 3633. 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 Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

www.cagece.com.br
 É seu. É fácil. Participe.

www.cagece.com.br

155
 0800 275 0195

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:
	892.877.463-20	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior	CPF: 892.877.463-20
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Autônomo	Rua Inês Cândida Mariz	106
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
Centro	Fortaleza	CE 61948-365
E-mail:		
Tel. (DDD): (85) 9 8788-0285		

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA 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)

AGÊNCIA: 0751

CONTA: 00037720

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?

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

Local e Data:	Fortaleza, 15/01/2020
Nome:	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior
CPF:	892.877.463-20

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

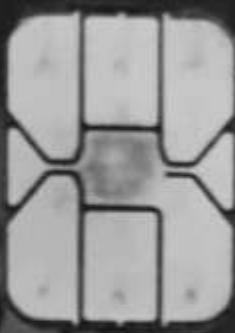
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 2067 0516

VALIDO ATÉ

10/24

ANTONIO JOSE R DE ABREU J

0751 013 00037720-7

elc

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:
	892.877.463-20	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior	CPF: 892.877.463-20
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Autônomo	Rua Inês Cândida Mariz	106
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
Centro	Fortaleza	CE 61948-365
E-mail:		
Tel. (DDD): (85) 9 8788-0285		

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA 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)

AGÊNCIA: 0751

CONTA: 00037720

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?

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

Local e Data:	Fortaleza, 15/01/2020
Nome:	Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior
CPF:	892.877.463-20

(*) Assinatura de quem assina A RG

Antônio José Rodrigues de Araujo Júnior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RG, 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.

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, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200029344**

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000751**

Conta: **000000037720-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029344

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 00000037720-7

Nr. da Autenticação DA5C20914172E52B

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024912/20

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JI

CPF: 892.877.463-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2019

ANTONIO JOSE

Titular do CPF: RODRIGUES DE ABREU

JUNIOR

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR : 892.877.463-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
CPF: 892.877.463-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

ALANA DA SILVA DE MATOS



Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Estado Civil: Solteiro

Sexo: Masculino

Nascimento: 21/12/1981 Idade: 37

Identidade: 99023022204

Naturalidade: MARANGUAPE

Endereço: RUA IRMÃ CANDIDA MARIA N°89

Bairro: PARQUE IRACEMA

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone: 9

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: _____ mmHg T: _____ oC P: _____ bpm R: _____ mmrpm

Enfermeiro: _____ Data: _____ / _____ / _____ Horário: _____ : _____

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

* Pft relata acidente moto x caminhão c/ fratura em perna (T), com dor e limitação de movimento.

Exames Solicitados: * nem levo de nele

Hipótese Diagnóstica:

DESTINO

Residência Internação Recusou Internação Transferência Óbito Observação

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Van Dias Faccanha
Médico
CRM-CE: 16.540

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

Horário

Auxiliar

* RX p/pele s/infecção → Fx plato fibular (T)		
ls encaminho ao IJT agora		
* Fractura: tala inguno-podálica - para fixar perna (T) -		
	38.50	

Carine Rodrigues Macêdo Gomides
Técnica em Enfermagem
COREN-CE: 956.863

A presente xerox confere com a Original

em nossos arquivos HMABH em 04/12/19

Luzimara e Gado Brava
Assinatura do Funcionário Samu

VOTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR	ID Paciente: 5638812	
Data de Nascimento: 21/12/1981	Idade: 37 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 06/10/2019

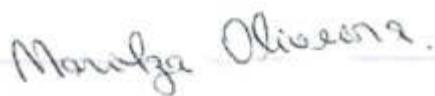
LAUDO

TC DO JOELHO ESQ

Realizados cortes axiais volumétricos sob técnica helicoidal com 1 canal

LAUDO:

1. Fratura oblíqua cominutiva com acentuado desnivelamento dos fragmentos ósseos no 1/3 proximal lateral da diáfise tibial , se estendendo para o platô tibial onde determina infradesnivelamento da altura do platô tibial fraturado que está sub luxado.
2. Fratura oblíqua na epífise fibular
3. Distensão da bursa patelar por líquido
4. Edema em partes moles
5. Exame sob tala gessada posterior.



MARILZA OLIVEIRA CRM 5199-CE

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608456028664 Admissão: 05/10/2019 21:18
 Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
 Pront.: 5638812 Data Nasc.: 21/12/1981 Idade: 37 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98411-5734
 Mãe: EDIVANIE MARIA DOS SANTOS DE ABREU
 Sexo: Masculino RG: 990923022204 Município: MARANGUAPE
 CEP 61944900 Bairro: PARQUE IRACEMA
 Endereço: RUA IRMA CANDIDA MARIA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
06/10/2019 18:16	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	Paciente com fratura de platô tibial, no momento estável e sem queixas gerais; solicitei Lab, ecg e tc de joelho para discussão com grupo de joelho.

PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CRM 5715

06/10/19 18:18

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ÓLEO MINERAL - FR ADMINISTRAR 10 ML / ORAL / 8/8 H SE CONSTIPAÇÃO	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE P.A.> OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
ALPRAZOLAM 1MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA ADMINISTRAR À NOITE SE INSÔNIA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

AVISO DE PROTOCOLO
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 13 / 11 / 2019
 MATRÍCULA 51022
 SERVIDOR(A) *Paulo Yolos*

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608456028664 Admissão: 05/10/2019 21:18
 Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
 Pront.: 5638812 Data Nasc.: 21/12/1981 Idade: 37 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98411-5734
 Mãe: EDIVANIE MARIA DOS SANTOS DE ABREU
 Sexo: Masculino RG: 990923022204 Município: MARANGUAPE
 CEP 61944900 Bairro: PARQUE IRACEMA
 Endereço: RUA IRMA CANDIDA MARIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE Horário 05/10/2019 21:23
 Queixa: PACIENTE, 37 ANOS, ENC. HOSP. MARANGUAPE COM HISTÓRIA DE TRAUMA REGIAO DE JOELHO
 ESQUERDO

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - DOR MODERADA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO HERMANO CABRAL FERREIRA JUNIOR CRM: 5321 Nº: 559565 Horário 05/10/2019 22:30
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DE ESTRUTURAS MULTIPLAS DO JOELHO
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDEO, CONSCIENTE, ORIENTADO,
 GLASGOW: 15, NEGA TCE, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

Data: 07/10/2019 16:19

ALTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
05/10/2019	21:23 ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - DOR MODERADA	AMARELO	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAE TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS EVOLUÇÃO

Data Cadastro 13/10/19 Usuário Cadastro

Descrição

MATRÍCULA 51022

Yanira Yolanda
SERVIDOR(A)



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Olá para seu filho
Chuip que o Dr. Hugo
José Rodrigues de Souza
fizou seu trabalho de
120 pacientem e de
apoio de tratamento e
fazendo de jorbo.

10/10/18 WPF
Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Dr. Marcus Sá, Dentista
Traumatologista
Ortopedista

MOBEC 4