

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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



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



CE

NOME
ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99023022204 SSPDC CE

CPF DATA NASCIMENTO
892.877.463-20 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

EAR;

Antonio Jose Rodrigues de Abreu Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MARANGUAPE, CE

DATA EMISSÃO
18/12/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

**29774458216
CE162079087**

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551406120

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551406120

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Impresso nº 2019884344

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** Órgão Emissor: **DETRAN**

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 WERMESON 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 16:41 horas. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

ANTONIO ROSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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:

CEP:

Local: 051

Setor: 003

Quadra: 0144

Lote: 0127

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)
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
Analisadas	058	058	012	058	058
Em conformidade	057	058	011	045	058

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA 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		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	62,86	nov/18	17	0
DESCONTO ÁGUA	-12,57	dez/18	13	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,63	jan/19	14	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,13	fev/19	15	0
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,24	mar/19	13	0
MULTA DE 2%	1,16	abr/19	13	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	18,32	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

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,67
COFINS	3,38

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	77,78
VALOR DO SUBSÍDIO	7,01
VALOR TOTAL A PAGAR	70,77

MÊS/ANO

11/2019

VENCIMENTO

05/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

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.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

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 na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

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

 155
Ouvidoria do Estado

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: **892.877-463-20** Nome completo da vítima: **Antonio Jose Rodrigues de Azevedo Junior**

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

Nome completo: **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE AZEVEDO JUNIOR** CPF: **892.877-463-20**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua São Cândida Maria** Número: **106** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Fatolha** Estado: **CE** CEP: **61948-365**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(85) 98788-0285**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA 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)

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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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: **Fatolha, 15/01/2020**

Nome: **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE AZEVEDO JUNIOR**

CPF: **892.877-463-20**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE AZEVEDO JUNIOR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

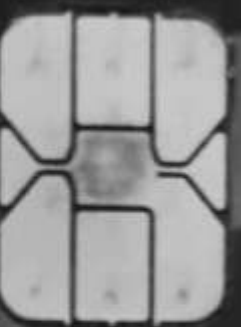
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 2067 0516

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

ANTONIO JOSE R DE ABREU J

0751 013 00037720-7

elo

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: **892.877-463-20** Nome completo da vítima: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

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

Nome completo: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR** CPF: **892.877-463-20**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua São Cândida Maria** Número: **106** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Fatolha** Estado: **CE** CEP: **61948-365**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(85) 98788-0285**

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA 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)

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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Local e Data: **Fatolha, 15/01/2020**

Nome: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

CPF: **892.877-463-20**

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR

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 RÔGO, 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.

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, 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, 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: 000000037720-7

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: MARILIA DA SILVA CARDOSO
Data/hora: 05/10/2019 16:41

CMT

CONSULTÓRIO: 01

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 Nº89

Bairro: PARQUE IRACEMA

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone: 9

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: _____ mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmprp

Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

pt sofreu acidente moto x caminhão c/ trauma em
peleto (E), com dor e limitação de movimento.

Exames Solicitados: sem laudo de pele

Hipótese Diagnóstica:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

Horário

Auxiliar

RX peleto ap/peleto -> FX plató tibial (E)		
Is encunho ao IFT ap/peleto		
Injeção: talc inguino-podálica		
POFONA EV -	18:50	

Carine Rodrigues Nascimento
Técnica em Enfermagem
COREN-CE 956.863

Observação:

VOTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

A presente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 04/12/19

Assinatura do Funcionário Sama



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

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

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

SERVIÇO DE PROTOCOLOS
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 13 / 11 / 2019
 MATRICULA 51022
 SERVIDOR(A)

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
05/10/201 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 13/11/19 Usuário Cadastro

Descrição

MATRICULA 51022

SERVIDOR(A)



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Atestamos para fins legais
que o Sr. Dr. Roberto
João Rodrigues de Sousa
fornecedor reconhecido de
nosso estabelecimento de
nosso tratamento de
quarto de parto.

10/10/18

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

MOB/C-4