

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180448307
Vitima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 10/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180448307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180448307

Vitima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180448307**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13417295



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180448307
Vitima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 10/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180448307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Laudo do IML - Lesões corporais não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	442.488.833-02	JOÃO MARCOLDO DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOÃO MARCOLDO DE OLIVEIRA	442.488.833-02	ASSISTENTE
Endereço	Número	Complemento
RUA DANIELA DE OLIVEIRA LIMA	74	
Bairro	Cidade	CEP
NOVOHORIZONTE	BRASILIA	71200-140
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
joao.oliveira@brasil.com.br	DF	061-4613.7215

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (037) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (041) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO _____ Nº _____ AGÊNCIA _____ Nº _____ Agência _____ Nº _____	
AGÊNCIA Nº _____ DV _____ Informar dígito se existir	CONTA Nº _____ DV _____ Informar dígito se existir	AGÊNCIA Nº _____ DV _____ Informar dígito se existir	CONTA Nº _____ DV _____ Informar dígito se existir

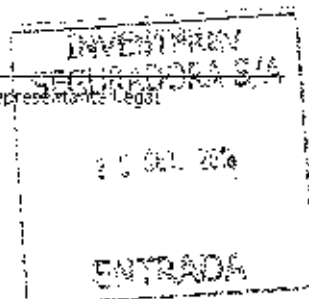
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

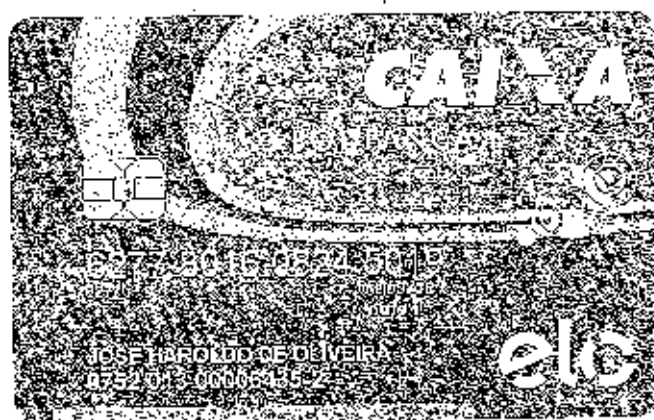
Assinado em _____ de _____ de 2016
Local e Data

João Marcoldo de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 5957 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2017 10:44:02**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2017 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA BASÍLIO PINTO**
Complemento:
Bairro:
Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A DIOCESE**

Noticiante(s)

Nome: **JOSE AROLD DE OLIVEIRA**
Nascimento: **01/01/1942** CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **CELINA MARQUES DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA ANALIA DE OLIVEIRA COSTA**, 78 COMBATE
Bairro: CEP:
Município: **QUIXADA/CE** Telefone: **0000000**
País: **BRASIL**

Histórico

B.o emitido para efeitos de DPVAT; Que o noticiante informa que no dia e hora acima citados, conduzia a motocicleta HONDA CG 125, TITAN ES, ANO 2002/2002, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30203R004093, LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ HAROLDO DE OLIVEIRA; Que o declarante afirma que perdeu o controle da referida motocicleta por conta de um cachorro na pista; Que o noticiante informa que por conta da queda foi socorrido para UPA da cidade de Quixadá onde recebeu os primeiros socorros por conta dos ferimentos; Que conforme o laudo de nº 730498/2018 expedido pela Perícia Forense da cidade de Quixadá o noticiante ficou com mobilidade reduzida em 10 por cento na mão esquerda.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

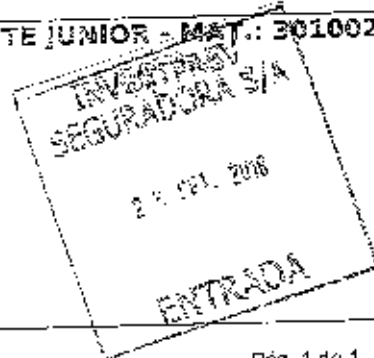
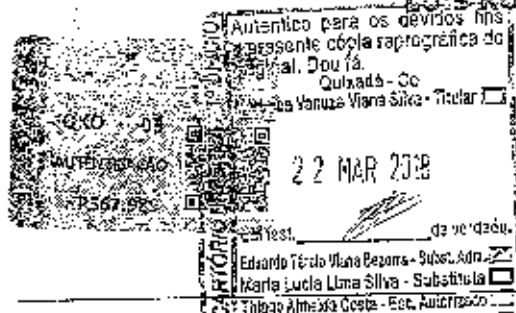
PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Haroldo de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/03/2018 11:31:00



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



Impresso nº 2018174128

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 634 - 4573 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2018 14:30:57**
Data / Hora da Ocorrência: **19/12/2017 10:44:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA BASÍLIO PINTO**
Complemento:
Bairro:
Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A DIOCESE**

Notificante(s)

Nome: **JOSE AROLD DE OLIVEIRA**
Nascimento: **01/01/1942** CPF:
RG: Órgão Emissor: UF:
Filiação: **CELINA MARQUES DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA ANALIA DE OLIVEIRA COSTA**, 78 COMBATE
Bairro: CEP:
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **0000000**

Histórico

O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA FOI TOMBADO PARA SERVIR DE ADITAMENTO EM FACE AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA 534-5957/2017 PARA QUE SE ACRESCENTE A PLACA HXC0837 AOS DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Info. p. responsável p. o. C. (Quixadá)

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCUS VINÍCIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 5957 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2017 10:44:02**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2017 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA BASÍLIO PINTO**
Complemento:
Bairro:
Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A DIOCESE**

Notificante(s)

Nome: **JOSE AROLDO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **01/01/1942** CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **CELINA MARQUES DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA ANÁLIA DE OLIVEIRA COSTA**, 78 COMBATE
Bairro: CEP:
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **0000000**

Histórico

B.O emitido para efeitos de DPVAT; Que o notificante informa que no dia e hora acima citados, conduzia a motocicleta HONDA CG 125, TITAN ES, ANO 2002/2002, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30203R004093, LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ HAROLDO DE OLIVEIRA; Que o declarante afirma que perdeu o controle da referida motocicleta por conta de um cachorro na pista; Que o notificante informa que por conta da queda foi socorrido para UPA da cidade de Quixadá onde recebeu os primeiros socorros por conta dos ferimentos; Que conforme o laudo de nº 730498/2016 expedido pela Perícia Forense da cidade de Quixadá o notificante ficou com mobilidade reduzida em 10 por cento na mão esquerda.

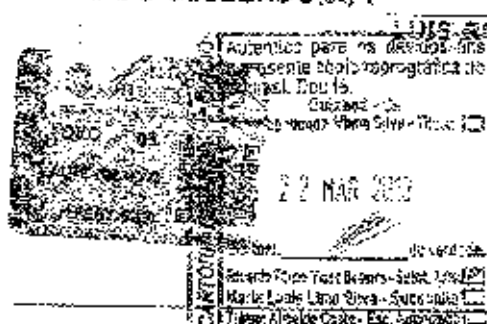
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

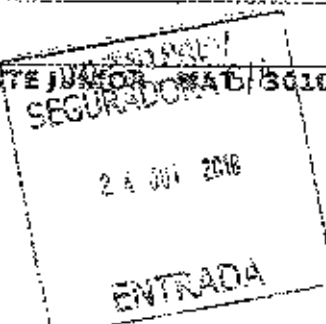
PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *José Haroldo de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A):



LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

Pág. 1 de 1

Impresso em 22/03/2018 11:21:00

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer)

Nº Atendimento / Classificação:
055488

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA 24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:25 Data de atendimento: 10/11/17
Atendimento: ☒ 1º atendimento ☐ 2º Atendimento ☐ Providenciário ☐ Outro

TRIAGEM

Nome: _____ Temp: _____ °C P.A.: _____ x _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ % DO2: _____

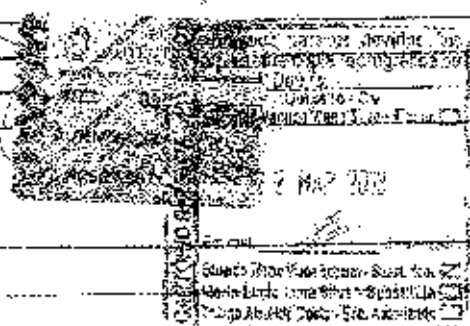
IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. André de Oliveira
Responsável (se menor): _____
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Data de nascimento: 01/02/75 Idade: 43 Naturalidade: Fortaleza
Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) Profissão: Advogado
Categoria: ☒ SUS ☐ Guro. RG/Cartão SUS: 438.30482 Procedência: Quixadá/CE
Residência: Mulhera de Oliveira n° 38 Quadra 01

ATENDIMENTO

Queixa principal: Paciente com dor de cabeça, náusea, vômito e febre.
em 15/11/17, apresentando febre em torno de 38,5°C.
Histórico atual: _____

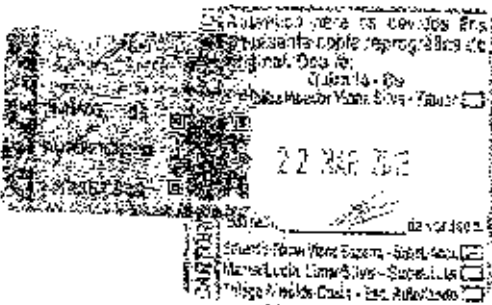
Exame(s) proibido(s): _____



Assinatura e Carimbo Médico
Dra. Jussara Gomes
CRM 15.650

Exame físico normal, sem alterações. OK!
Rx - tórax
Baixa febre
Exame físico normal, sem alterações. OK!
Exame físico normal, sem alterações. OK!
Exame físico normal, sem alterações. OK!

Dra. Jussara Gomes
CRM 15.650



INVESTPRE!
SEGUROADORA S/A
24 OUT 2017
ENTRADA

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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00752

CONTA: 000000006435-2

Nr. da Autenticação 803C8E457DB557CB

01000000

DATE: 10/10/99
TIME: 10:00 AM
LOCATION: 1000 10TH ST. NW, SUITE 1000, WASHINGTON, DC 20004

2004年12月

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

REFLETINDO NA QUALIDADE DA ÁGUA, PEÇA NO SITE CAGECE

250805

[illegible]

Autentico para os devidos
e presente cópia reprográfica
original. Dou 16.

Guixadá - Co
Narciso Vazquez Vides Siles - Toluca

43 MAR 2019

En tsel, Δ de variatie

Edição Tercia: 1984. Segunda: 1977.

Maria Lucia Lima Silva - Substituta

© 2002 by John Wiley & Sons, Inc.

VALER	DO	SEMI-DO	70.00
VALOR	DO	SIMPLE	21.02
VALOR	TOTAL	8.0000	24.02

05/03/2016 24.78

Cage 6

Cagece

[illegible]

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

SEGURODESA S.A.

2009

EXTRADA

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA 24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:25 Data de atendimento: 10/11/19
Atendimento: ☒ 1º atendimento ☐ 2º Atendimento ☐ Previdenciário ☐ Outro

TRIAGEM

Hora: Temp: 30 P.A.: X mmHg P: bpm SpO2: Dx:

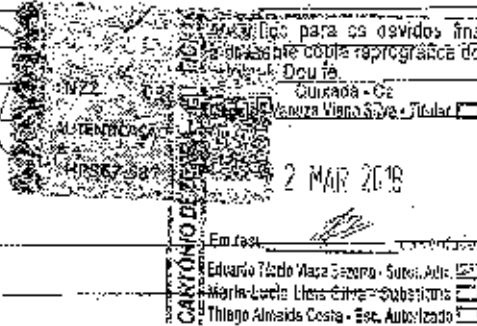
IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ardo de Oliveira
Responsável (se menor):
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Data de nascimento: 01/01/42 Idade: 75 Naturalidade: Fortaleza
Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) Profissão: aposentado
Categoria: ☒ SUS ☐ Outra RG/Cartão SUS: 43810182 Procedência: Quixadá/CE
Residência: Avenida de Oliveira n.º 78 Curitiba

ATENDIMENTO

Queixa principal: Paciente com história de acidente automobilístico
e (SIC) não presente quando em sala de espera D/E.
Histórico atual:

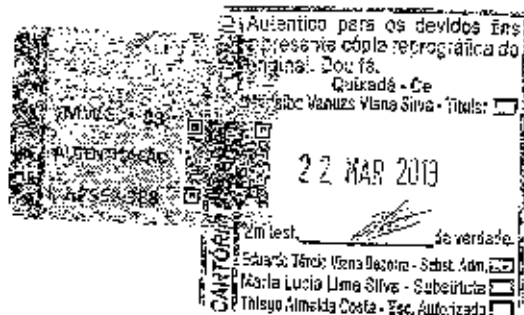
Exame(s) solicitado(s):



Assinatura e Carimbo Médico
106-5

1. Queixa principal: acidente automobilístico OK!
2. Rx - torax
3. Bebezinho
4. Exame físico: + Ad / a
5. Remetido Rx - polígrafo, e nos exames
fazer

Dr. Jussara Cortes
RUBRICA
CREMEC: 16.650



Carmine Oliveira
CORRENCE 1197264-TE

INVESTIMENTOS
SEGURADORA S/A
15 SET 2018
ENTRADA



Dr. Alberto Matos
Ortopedia – Traumatologia
CRM 7191


ATESTADO

Atesto para os devidos fins que JOSÉ HAROLDO DE OLIVEIRA, CPF 443.782.823-33, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Trouxe cópia da ficha de atendimento de emergência informando que a lesão ocorreu em 10/11/2017. Foi submetido ao tratamento conservador. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de prensão palmar grau quatro. Está de alta definitiva do tratamento das feridas.

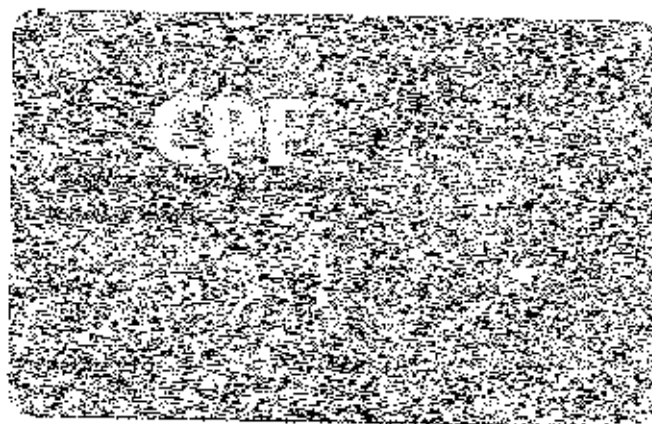


30/01/18

José Carlos de Almeida
Traumatologia - Ortopedia
CRM - 7191



Clinica Censiver – Rua Carine Vasconcelos, 2602 – Joaquim Távora
Fone: 3346-9027
Clínica Ortopédica São Matheus – Av. Santos Dumont, 5753, Sala 309 - Capicu
Fone: 3045-0050 / 3265-3202



Autentico para os devidos fins a presente copia tipografica do original. Dupeita. Direto - de. Carabo Viana Silva - Tula. E

13 MAR 2018

INVESTIDOR SEGURADORA S/A

20 MAR 2018

ENTRADA

RECEBIMOS DO DEBITO

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

DEBITO DE

SERVIDOR DE TIPO - DUTY

CONTRATADO

04/04/2018



Registro N. 730498 / 2018

Digitacao: 26/02/2018 (DANIELLE.SAMPAIO)
Livro: 55 Pagina:231

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 23 de fevereiro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC Nº. 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

JOSÉ AROLDÓ DE OLIVEIRA

a fim de ser atendida a requisição de nº 313 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:40h de 23/02/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 10.11.2017 por volta das 18 horas. Relata trauma em antebraços. Porta boletim de atendimento médico, da Unidade de Pronto Atendimento de Quixadá, datado de 10.11.2017, assinado pela dr. Jussara Cartaxo - CREMEC 16.559 - que diz: "Paciente vítima de acidente automobilístico. Apresenta ferimento em antebraço direito/esquerdo." Porta ainda atestado médico, datado de 30.01.2018, assinado pelo dr. Alberto Matos - CREMEC 7101 - que diz: "Atesto para os devidos fins que José Aroldo de Oliveira, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de preensão palmar grau quatro. Está de alta definitiva do tratamento das feridas." Ao exame físico observa-se cicatrizes em antebraços, medindo aproximadamente doze centímetros de extensão em antebraço esquerdo e oito centímetros de extensão em antebraço direito. Apresenta ainda limitação da flexão do primeiro quirodáctilo esquerdo.

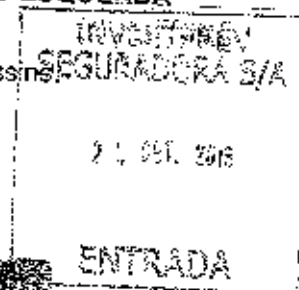
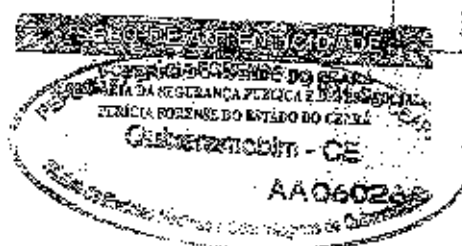
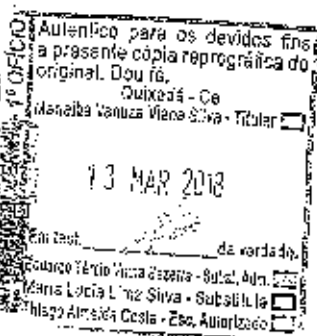
RESPOSTA AOS QUESITOS

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

PERICIANDO APRESENTA DANO CORPORAL PARCIAL INCOMPLETO POR REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE PRIMEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E CONSEQUENTE COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE PINÇA DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO APRESENTA REDUÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA ESTIMADA EM 10%.

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

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC Nº. 13793





Registro N. **730498 / 2018**

Digitacao: 26/02/2018 (DANIELLE.SAMPAIO)
Livro: 55 Pagina:231

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE

Em 23 de fevereiro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC Nº: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

JOSE AROLDO DE OLIVEIRA

a fim de ser atendida a requisição de nº 313 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:40h de 23/02/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 10.11.2017 por volta das 18 horas. Relata trauma em antebraços. Porta boletim de atendimento médico, da Unidade de Pronto Atendimento de Quixadá, datado de 10.11.2017, assinado pela dr. Jussara Cartaxo – CREMEC 16.659 - que diz: "Paciente vítima de acidente automobilístico. Apresenta ferimento em antebraço direito/esquerdo." Porta ainda atestado médico, datado de 30.01.2018, assinado pelo dr. Alberto Matos – CREMEC 7101- que diz: "Atesto para os devidos fins que José Aroldo de Oliveira, sofreu extensa lesão de partes moles na região dorsal dos antebraços. Evoluiu com cicatrização das feridas. Não apresenta qualquer comprometimento da amplitude de movimento dos cotovelos ou dos punhos. Tem força de preensão palmar grau quatro. Está de alta definitiva do tratamento das feridas." Ao exame físico observa-se cicatrizes em antebraços, medindo aproximadamente doze centímetros de extensão em antebraço esquerdo e oito centímetros de extensão em antebraço direito. Apresenta ainda limitação da flexão do primeiro quirodáctilo esquerdo.

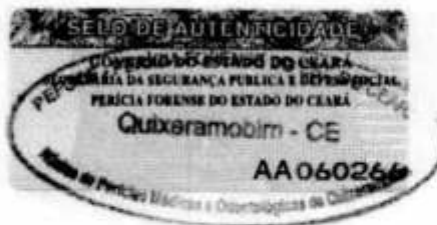
RESPOSTA AOS QUESITOS

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

PERICIANDO APRESENTA DANO CORPORAL PARCIAL INCOMPLETO POR REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE PRIMEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E CONSEQUENTE COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE PINÇA DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO APRESENTA REDUÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA ESTIMADA EM 10%.

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

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC Nº: 13793



26/2/2018 9:24

1 de 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180448307 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM ANTEBRAÇOS BILATERAIS.
TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Documentos

complementares:

Observações:

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180448307 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBROS SUPERIORES.
TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352836/18

Vítima: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

CPF: 443.788.823-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/11/2017

Titular do CPF: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais

JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA : 443.788.823-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA
CPF: 443.788.823-53

JOSE HAROLDO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa