
Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOAO GOMES FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001089**

Conta: **0000035208-0**

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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663587 Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOAO GOMES FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001089

Conta: 0000035208-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

625.292.423.72 JOAO GOMES FILHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

JOAO GOMES FILHO 625.292.423.72 MOTORISTA R: PEDRO GROSSO 50 45.05 Gribi CAUCAIA CEAPA- 61600390 89 98241580

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1089 CONTA: 35208 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190663587
Nome do(a) Examinado(a): Joao Gomes Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Grosso, 50 Casa 5
Grilo Caucaia CE CEP: 61600-390
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 5231240
Data local do acidente: [08/08/2019]
Data local do exame: [12/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDOS

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA E POSTERIOR FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 02/03/2020

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MEMBRO SUPERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO, BLOQUEIO MODERADO DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO E BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO METACARPOFALÂNGICA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS E DO TROFISMO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019842046



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 10864 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2019 10:34:18**
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2019 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R FLORENCIO MATIAS, 222, GRILO - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **GRLO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO GOMES FILHO**
Nascimento: **19/02/1985** CPF: _____
RG: **96002603440** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **MARIA CLODOMIRA GOMES DE ANDRADE**
JOÃO GOMES
Endereço: **RUA FLORÊNCIO MATIAS , 222**
Bairro: **GRILO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.600-000**
País: **BRASIL** Telefone: **3342-2175**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE5203** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2ND0910BR207480** Renavam: **331621568** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JANDERSON GOMES DE ANDRADE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava a moto já mencionada acima, quando foi desviar de um animal, passou por dentro de um buraco e perdeu o controle da moto, caindo ao solo; que o declarante na queda fraturou o braço esquerdo; que o declarante foi levado ao hospital municipal de Caucaia por uma ambulância do Samu onde foi submetido a uma cirurgia.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

625.292.423.72 JOAO GOMES FILHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

JOAO GOMES FILHO 625.292.423.72 MOTORISTA R: PEDRO GROSSO 50 45.05 Gribi CAUCAIA CEAPA- 61600390 89 98241580

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1089 CONTA: 35208 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **JOÃO GOMES FILHO**, portador do RG n.º 5231240, MTE-CE, inscrito no CPF n.º 625.292.423-72, dia 08/08/2019, às 18h15, Município de Caucaia-CE, na Rua Florêncio Matias, Bairro Grilo, próximo ao DETRAN, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 24 de setembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO GOMES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 000000035208-0

Nr. da Autenticação E295109E4E48C33F

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO GOMES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 000000035208-0

Nr. da Autenticação 53487506451BACA4

Nº do Cliente:

6554681

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 004877704

Rota CA012U03

Referência 08/2019

Nome NAIARA CARLA ALVES SAMPAIO

Endereço RU PEDRO GROSSO, 00050 - CS 05, GRILLO, 61600-390,
CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno

Emissão 19/08/2019

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Medidor 4870180-EL0-446

Ligação Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

04812E560B29478650941B473990EB44

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

28/07/2019

28/08/2019

02/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	10.967	10.540	1.00	227	80	227	0,80828	183,48

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	53,25
CONSUMO	0,80828	183,48
JUROS MORATÓRIOS	-	4,69
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00802	1,82
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03934	8,93
MULTA	-	3,70
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	-	0,82

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	194,23	27,00	52,44
PIS	194,23	1,35	2,61
COFINS	194,23	6,16	11,96

VENCIMENTO

06/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

256,69

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

004.467.923-95

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compare suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido (kg CO₂)Compensado (kg CO₂)Consciência Ecológica (kg CO₂)

0,00%

88,62

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$236,83). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000006554681.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 21/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 20/08

Nº do Cliente:

Referência:

Data de Emissão:

Total a Pagar (R\$):

Nº da Nota Fiscal: 6554681

Nº de Controle:

19/08/2019

08/2019

V: [1.0.0.4]

004877704

256,69

83830000002 0 56690031200 3 03002687107 8 00006554681 4



9681143

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Valdivino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CDP 08.105.846-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 - SÉRIE ÚNICA Nº 029449826

Rota CA02008 - 44200 Referência 10/2019
Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE
SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Emissão 29/10/2019
Medidor 4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO
2F168040D0E52B570016A080815041A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DE LEITURA
Anterior 27/09/2019 Atual 29/10/2019 Próxima prevista 28/11/2019

DADOS DE MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Méd (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.694	3.592	1.00	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo	Base (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VERIFICAÇÃO 05/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 97,72

CONSUMO CONSCIENTE - Y CREDENCIAMENTO 029449826

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (NCO₂) e | 100

39,82 | 0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143 Referência: 10/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 29/10/2019 Total a Pagar (R\$): 97,72 OIB - 0001472919
Nº da Nota Fiscal: 029449826 Nº de Controle: 20003772637

838000000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu José Adenilson Luiz de Aguiar
inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Paulo Gomes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 72,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paulo Gomes Filho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Solitude</u>	Cidade: <u>Paracatu</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: Paracatu 21.11.2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

USF: 144

DATA: 08/08/19	HORÁRIO: 14:45	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS ☒ AMBULÂNCIA ☒
PACIENTE: João Gomes Filho		
NOME DA MÃE: M ^{te} Gláucia Gomes de Azevedo		
DATA DE NASCIMENTO: 19/02/85	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM () NÃO
IDADE: 33	SEXO: M(☒) F()	RG: 9231240
ENDEREÇO: Rua: Pedro Guerra n.º 50		TELEFONE:
BAIRRO: Bulo	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE
FUNCIONÁRIO:		

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:
CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA() PEDIATRA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL	
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de queda de moto, com trauma em membros inferiores.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura de fêmur esquerdo
fratura de tíbia esquerda

CONDUTA:

Internamento
fratura fixada com placa

EXAMES SOLICITADOS:

LABORATORIAIS() RAIO X() ULTRASSOM() ENDOSCOPIA() ECG() OUTROS()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSIN.T.
	Bl. 500ml 6V ± 7g/lun Duqueno (2:18/148) 6V Prognosis 1P 7m		19/00 Valdenice L. de Freitas COREN-CE 001297615 Tec. de Enfermagem Valdenice L. de Freitas Tramatoles CRIMEI 2451 ROL 2546 CE

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg
T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C
GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl
FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm
SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

() ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO – MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:

**SUS**Sistema Único
Ministério da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.***WU***Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ADELIA
CASA DE SAÚDE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Jones Filho

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/02/85

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35010

9 - SEXO

Masc ☒Fem ☐

10 - NOME DA ANE OU RESPONSÁVEL

Na Cláudio Gonçalves de Andrade

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Pedro Gons 50 Opito

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caura

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

230370

15 - UF

CE

16 - CEP

61000010

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO*Vitima de queda de moto às 18:45 com dor em antebraço (E) associado a edema e limitação funcional em v. membro*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirurgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ramamex + exame físico + raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura distal de ulna (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

S52.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Traumat

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

☒ CNS ☒ CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

049383054-81

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco Ferreira da C. Júnior

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Francisco Ferreira Jr.
*Ortopedia e Traumatologia***PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A EMPRESA

☒ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

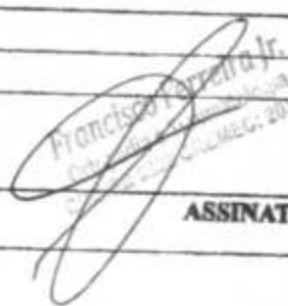
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 35010

NOME: João Gomes Filho					
DATA DE NASCIMENTO: 19.2.85	IDADE: 34	COR:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF:		CERT. NASCIMENTO Nº:	
PAIS:					
ENDEREÇO DO PACIENTE: R. Pedro Grosso					Nº 50
BAIRRO: Gulo	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE:	
NOME DO RESPONSÁVEL:				FONE:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 08.08.19		HORA DE EMISSÃO:		FUNCIONÁRIO:	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Do em anelhos (E) após queda de moto					
EXAME FÍSICO: Do, edema, deformidade, limitação funcional em movimento					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Fratura da tíbia ulna (E)					
EXAMES COMPLEMENTARES: RX					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura de ulna (E)					
 ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>JOÃO GOMES FILHO</u>			Nº Reg. <u>35010</u>
Data da Cirurgia <u>31/08/19</u>	Enf. <u>TO</u>	Leito <u>415</u>	
Cirurgião <u>Dr. Eduardo</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Dr. Helio</u>	Tipo Anestesia <u>B10 auto no flaco</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura do osso antebraço DX</u>			
Tipo de Operação <u>Osteomontex com placa e parafusos</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura			
Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<u>Paciente em DDP</u>			
<u>Início de Thompson em antebraço DX</u>			
<u>Visualizada fratura proximal com calo</u>			
<u>Redução direta + fixação com placa DCP e 6 parafusos</u>			
<u>Sutura</u>			
<u>Início em face ulnar do antebraço DX</u>			
<u>Visualizada fratura com calo</u>			
<u>Redução direta + fixação com placa DCP e 5 parafusos</u>			
<u>Sutura</u>			
<u>Cuidado</u>			
<u>TALC</u>			

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14846

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: JOÃO GOMES KELLY Nº PRONTUÁRIO

[illegible]



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR ABELARDO GADELHA DA ROCHA

EVOLUÇÃO TRAUMATOLOGIA 01.09.2019 11:36

LEITO 415

PACIENTE: JOAO GOMES FILHO, ENTRADA EM 08/08/19, POR:

- FRATURA DA ULNA ESQ
- EM USO DE: SINTOMATICOS
- COMORBIDADES: NDN

EVOLUÇÃO: PACIENTE NO 1 DPO EVOLUINDO BEM, ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.
ACEITA DIETA, EXCRETAS PRESENTE.

CONDUTA:

- 1) MANTIDA
- 2) ALTA

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14646



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
GASTO DE SALA CIRÚRGICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NOSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

PACIENTE <u>José Gomes Filho</u>				CONVÊNIO				APT°			
TIPO DE CIRURGIA				TIPO DE ANESTESIA							
EQUIPE MÉDICA <u>Dr.</u>				PRONTUÁRIO							
				SETOR EMISSOR							

QTD.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTD.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTD.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO
	ACIFLEX	00828		PROLENE CARDIOVASCUL	00822		ADRENALINA	00220
	ÁGUA OXIGENADA	00963	<u>01</u>	PROPEL DESCARTÁVEL <u>pa</u>	00897		ÁGUA DESTILADA 10ML	00228
	AGULHA DE CAPULE	00767		SEDA ISENÇAP	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML	00227
<u>03</u>	AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00828		ATROPINA	00272
<u>03</u>	AGULHA DESC. 25x7	00764		SERINGA DE 01ML	00850		BICARB. DE SÓDIO	00282
	AGULHA DESC. 40x12 <u>dr.</u>	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG	02033
	ALCOOL	00870	<u>02</u>	SERINGA DE 05 ML	00849		DIPRIVAN	01731
	ALCOOL IODADO	00890	<u>02</u>	SERINGA DE 10ML	00846		DOBUTREX	01567
	ALGODÃO HIDROFILO	00864	<u>02</u>	SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA	00385
	ALGODÃO ORTOPÉDICO	00886		SCAPEX (ML)	00986		DORMONID 15 MG	07299
	ARROELA P/ MONITOR	00869		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE	00383
	ATAD. CREPON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEAL	00888		EFORTIL	00378
<u>05</u>	ATAD. CREPON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE	00388
	ATAD. CREPON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00891		FENTANIL	00396
	ATAD. GESSO 10 CM <u>dr.</u>	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00882		FLUOTHANE	00416
	ATAD. GESSO 15 CM	00776		SUTUPAK AGULHADO	00891		FORANE	00890
	ATAD. GESSO 20 CM	00777		SUTUPAK 8/ AGULHA	00893		HALOTHANO	01383
	BUTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00907		INOVAL	00465
	CAL. SODADA	00871		TORNEIRA 3 VIAS	00905		IRUXOL	00472
	CATETER SUBCLÁVIA	00788		ULTRA-GEL	00893		KEFLIN 1 GR	00486
	CATETER INTRAVENOSO	00955		VICRIL	00819		KETALAR	00487
	CAT GUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT	01802
	CAT GUT CROMADO	00811		FILTRO CARDIOPLEGIA	01833		MARCAINA 0,5% C/AD	00519
	CAT GUT CROM LACADOM	00812		FILTRO LINHA ARTERIAL	01585		MARCAINA 0,5% SIAD	00522
	CAT GUT CROM OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLEGIA	01830		MARCAINA PESADA	00521
	CERA DE OSSO	00823		RESERV. CARDIOTOMIA	00824		NARCAN	01699
	CIDEX (ML)	00314		HEMOCONCENTRADOR	01835		ORASTINA	00581
	COL. URINA 8 FECHADO	00790		OXIGENADOR MEMBRANA	00925		PAVLON	00594
	COL. URINA UROFIX	00794		OXIGENADOR DE BOLHAS	01667		PROSTIGMINE	00625
	COTONETES	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00951		PROTAMINA	00626
<u>10</u>	COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELUCIM 100MG	00625
	COTONÓIDES	00873		KIT CÂNULAS	00823		ROCEFIN 1GR	00647
	DRENO PENROSE <u>dr.</u>	00802		CONJ. TUBOS PARA CEC	01684		RINGER LACTATO	00644
	DRENO DE SUÇÃO	00800		TUBOS P/ TCA	00794		SORO FISIOLÓGICO 0,9%	00676
	EQUIPO SIMPLES	00806		CACHIMBO	00937		SORO GLUCOSADO 0,5%	00674
	ESPARADRAPO	00880		MERCÚRIO PARA TCA	01401		SORO GLUCOFISOL 9%	00672
	ET BCND	00824		XILOCAÍNA 2% C/ AC	00748		SOL. SALINA 888	01007
	ÉTER (ML)	00881		XILOCAÍNA 2% S/ AC	00751			
	FIO DE MARCAPASSO	00825		XILOCAÍNA GELEIA	00748			
	FITA CARDÍACA	00823		XILOCAÍNA PESADA	00750			
	FORMOL (ML)	00882						
<u>06</u>	GASE SECA <u>dr.</u>	00888						
	GASE ALCOCHOADA	00888						
	GASE FURACINADA	00865						
	GELFOAM	00433						
<u>01</u>	GORRO DESCARTÁVEL	01530						
<u>01</u>	LÂMINA DE BISTURI	00842						
	LIGA UMBILICAL	00884						
	LIG. CLIP (CART)	01822						
<u>10</u>	LUVA DESCARTÁVEL <u>pm</u>	00843		OUTROS				
	MALHA TUBULAR (CM) <u>dr.</u>	00774		ASPIRADOR ULTRASSÔNICO		CÓDIGO	INÍCIO	TÉRMINO
	MASC. DESCARTÁVEL	00916		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENIA				
<u>01</u>	MICROPOR (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR				
<u>01</u>	MONONYLON	00815		TREPANQ				
	MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO				
	MONONYLON VICROCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO				
	POLDIVINE	00866		CAPINOGRAFO				
	PROLENE	00821		ASPIRADOR				
	THINEMBTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA				
	TRACIUM	00702		DEFIBRADOR / CARDIOVISOR				
	TUBETE	00908		BOMBA DE INFUSÃO				
	VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO				
	VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO				
	VASELINA	00726		DÍÓXIDO DE CARBONO				
				BISTURI ELÉTRICO				
				MONITORIZAÇÃO				
				INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
				PROTOXIDO DE AZETO				
				TAXA DE SALA				
				OXIGÊNIO				
				AR COMPRIMIDO				
				OXÍMETRO DE PULSO				
				BALÃO AORTICO				

DATA: 30/08/19 CIRURGIÃO: Dr. Ednardo ANESTESISTA: Dr. Helio

H.M.A.G.R.		HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME		IDADE		SEXO		COR	
DATA		PRES. ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMATÍAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
URINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
AP. CIRCULATÓRIO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
AP. DIGESTIVO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
ESTADO MENTAL		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
ANESTESIAS ANTERIORES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
APLICADAS ÀS		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
EFEITO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
INDUÇÃO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
MANUTENÇÃO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
DESPERTAR		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
CONDIÇÕES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
CÓDIGO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
VP Arterial o Puls. O - Respiração		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
A x Anestesia O Operação		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
POSICÃO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
AGENTES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
TÉCNICA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
OPERAÇÃO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
CIRURGIÕES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
ANESTESISTAS		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
OBSERVAÇÕES		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
Complicações pré-operatórias, operatórias, e pós-operatórias.		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
PERDA SANGÜÍNEA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do acidente: 08/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDOS

Descrição do exame físico: MEMBRO SUPERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO, BLOQUEIO MODERADO DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO E BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO METACARPOFALÂNGICA.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO GOMES FILHO **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. PG3,4,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do acidente: 08/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. PG3,4,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONSTA PAGAMENTO NO VALOR DE R\$ 2.362,50.LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
@1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAO GOMES FILHO, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Pedro Grosso, nº 50, bairro Grilo, Município de CAUCAIA, Estado de(o) CEARA, Cep 61600-000, portador(a) do Rg nº 03197985580, SSP/CE e CPF nº 625.292.423.72.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOAO GOMES FILHO, ocorrido em 08/08/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

INVALIDEZ PERMANENTE.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CAUCAIA, de NOVEMBRO de 2019.

Assinatura: João Gomes Filho

Nome do Outorgante: JOAO GOMES FILHO

CPF nº 625.292.423.72



 **ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO**
TABELIÃO: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.736.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura
Indicada de **JOAO GOMES FILHO**, Dou Fé **Caucaia-CE**, 20
de novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Luana Soares da Silva, Escrevente Autorizada

Luana Soares da Silva
22.848.223-08
Autorizada

Confirma os dados do ato em:
selodigital.tce.jus.br/portal

RECONHECIMENTO
DE FOLHA
N. CO 912715
02

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

JOAO GOMES FILHO : 625.292.423-72

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: 28/11/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Número do Sinistro: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOAO GOMES FILHO : 625.292.423-72

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: 02/03/2020
Nome: JOAO GOMES FILHO
CPF: 625.292.423-72

JOAO GOMES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Número do Sinistro: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/02/2020

Nome: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

JOAO GOMES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS