

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau**! Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01430104-0** em **07/09/2020 11:52:04**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0245145-55.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01430104-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 07/09/2020 11:52:04

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2746661_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2746661_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-18.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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.

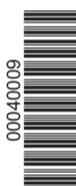
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 FIHO**

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

5 - Nome completo: **JOAO GOMES FIHO** 6 - CPF: **625.292.423.72**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **R: PEDRO GROSSO** 9 - Número: **50** 10 - Complemento: **05.05**
 11 - Bairro: **Arilo** 12 - Cidade: **CAUCAIA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61600-390**
 15 - E-mail: **16 - Tel.(DDD): **(85) 937241586****

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):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3089**

CONTA: **35208**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Falecidos: nasceu? Falecidos: teve irmãos? Falecidos: pais/avós vivos? 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

Representante Legal
Nome: _____
CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
UF: _____

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

40 - Local e Data,

Caucaia 21.11.19.

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

João Gomes Filho

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 causalidade: 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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, GRILLO - 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: **GRILLO**
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*
Escrivão de Plantão
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Jair Jose de M. L.*

VISTO DO DELEGADO(A) : *Luis Rodrigues Cavalcante Junior*
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 FIHO**

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

5 - Nome completo: **JOAO GOMES FIHO** 6 - CPF: **625.292.423.72**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **R: PEDRO GROSSO** 9 - Número: **50** 10 - Complemento: **05.05**
 11 - Bairro: **Arilo** 12 - Cidade: **CAUCAIA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61600-390**
 15 - E-mail: **16 - Tel.(DDD): **(85) 937241586****

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):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3089**

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

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

Repasse de
dados da
vítima para
o beneficiário
ou representante

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Caruá 21.11.19.

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 9681143

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valentim, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 01.042.251/0001-70 | CDE 08.105.848-3

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO 8 | SÉRIE ÚNICA | N.º 029449826

Rota: CA020L08 - 44200

Referência: 10/2019

Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço: RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE

Classificação: SOLEDADE, 61603-070, CAÚCAIA

Modalidade Tarifa: B1, residencial, Pleno

Emissão: 29/10/2019

Uso: Monofásico | Medidor: 4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA DO FISCO:

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

27160040005285700164300815041A

DATAS DE LEITURA: 27/09/2019 - 05/10/2019

Anterior: 27/09/2019 | Atual: 29/10/2019 | Próxima prevista: 28/11/2019

Mês Out. Set. Out. Nov. Dez. Jan. Feb. Mar. Abr. Mai. Jun. Jul. Ago. Set. Out. Nov. Dez. Nov. Out.

DADOS DA MEDIDÃO:

Período	Lalt.	Lalt. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.694	3.592	1.08	192	80	192	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO:

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
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

VENCIMENTO	05/11/2019	NOTA FISCAL	97,72
------------	------------	-------------	-------

CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh). Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) |

39,82 | 0,00 | 0,00%

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Periodos: 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\$): 97,72 088 - 9851472918
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: 4020-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Henz de Aguiar

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.159.023 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Gomes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 72,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Gomes Filho,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

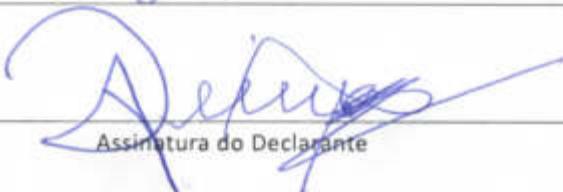
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Barroco Soldado</u>	Cidade:	<u>Caicó</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:				CEP:	<u>61603-010</u>

Tel.(DDD): (85) 987241586

Local e Data: _____

Caicó 21.11.2019



Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

VS3:144

DATA: 08/08/19 HORÁRIO: 13:45 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS AMBULÂNCIA

PACIENTE: João Gomes Filho

NOME DA MÃE: Gladys Gomes de Andrade

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/185 CARTÃO DO SUS: ÍNDIO: () SIM () NÃO

IDADE: 33 SEXO: M F RG: 5231240 TELEFONE:

ENDEREÇO: Rua: Pedro Gomes nº 50 CEP: 65

BAIRRO: Bubo 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:

Parente Vítima de queda de moto, com trauma em ambas

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Relevo Rx coloys coronal Rx ondoloma

CONDUTA: Frotinamento
Frotine líquor de ura

EXAMES SOLICITADOS:

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINATURA
	<p>Bl. 800 sul 611 79711m Dipirona (2.1814306W) Profenid 1P 300</p> <p><i>19/08</i></p> <p><i>Valdenice L. de Freitas</i> <i>COREN-CE 001297615</i> <i>Téc. de Enfermagem</i></p> <p><i>Adpers S. Santos FFC</i> <i>Paramedical</i> <i>RCMEL 781 RUE 250</i></p>		

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

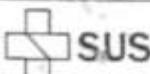
HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: _____ / _____ mmhg			
T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C
GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl
FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm
SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: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

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

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

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:



Sistema
Único
da
de Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Pedro Filho

6 - N° DO PRONTUÁRIO

35010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/02/85

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ma. Gladsonira Gomes de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

35999771644

12 - ENDERECO/RUA, N°, BAIRRO

R. Pedro Góes 50 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Lauro

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

230370

15 - UF

CE

16 - CEP

61000000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vitimo de queda de moto às 18:45 com dor anatômica associada a edema e limitação funcional envolvendo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Brumex + exame fírio + raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Festina diafragma de sulco

21 - CID 10 PRINCIPAL

S52.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

04913830941-81

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco Ferreira da C. Túmio

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

08/09/19 Francisco Ferreira Jr.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO CO

43 - IDÉNCIA

1 - EMPREGADO

1 - EMPREGADOR

1 - AUTÔNOMO

1 - DESEMPREGADO

1 - APOSENTADO

1 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1 - CNS

1 - CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

Nº 35010

NOME: <i>João Sávio Filho</i>					
DATA DE NASCIMENTO: <i>19.2.85</i>	IDADE: <i>34</i>	COR:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAÍS:					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>R. Pedro Grasso</i>					Nº <i>50</i>
BAIRRO: <i>Guiló</i>	MUNICÍPIO: <i>Caucaia</i>		FONE:		
NOME DO RESPONSÁVEL:					
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <i>08.08.19</i>		HORA DE EMISSÃO: _____ h		FUNCIONÁRIO: _____	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <i>Door em anel, c.º c.º que deixa m.º</i>					
EXAME FÍSICO: <i>Door, edema, deformidade, limitação funcional env. nervoso</i>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <i>Fratura diafrâmnica abr. (E)</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>RX</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fratura de abr. (E)</i>					
<i>Francisco Ferreira Jr. Cirurgião-Dentista CRM-CE 100024 MEC: 2024</i>					
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome: JOÃO GOKES FILHO			Nº Reg. 35010
Data da Cirurgia 31/98 19		Enf. T0	Leito 415
Cirurgião Dr. EDUARDO		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista Dr. HÉLIO	Tipo Anestesia B1 = gás no fluxo gáx + etomidato + sevoflato		
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura das ossas artículares D1			
Tipo de Operação Osteomíse com placa e parafuso			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<p>Paciente em DDH Inciso de Thompson em antebraço D1 Visualizou foco de perturbação com calo Reduziu diretamente e fixou com placa DCP e 6 parafusos Sutura Inciso em face ulnar do antebraço D1 Visualizou perturbação com calo Reduziu diretamente e fixou com placa DCP e 5 parafusos Sutura</p>			
Cirurgião EDUARDO B. OLIVEIRA		Eduardo B. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM: 14846	
Nº 61			



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: JOÃO GOMES N° PRONTUÁRIO

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
29/10/17	<p>Actn 111 pon</p> <p>Ex Natio 01571</p> <p>Ag. C. L. V. G. J.</p>	
	<p>Ronaldo Guedes Médico CRM 17819</p> 	



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: <i>Jacó Gomes Filho</i>				CONVÊNIO		APT°	
TIPO DE CIRURGIA				TIPO DE ANESTESIA			
EQUIPE MÉDICA				PRONTUÁRIO			
QTDE.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE.	ESPECIFICAÇÃO
	ACIFLEX	00828		PROLENE CARDIOVASCUL	00822		ADRENALINA
	ÁGUA OXIGENADA	00963	01	PROPEZ DESCARTÁVEL	00897		ÁGUA DESTILADA 10ML
	AGULHA DE CAPULE	00767		SEDA ISENCA	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML
	AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00828		ATROPINA
	AGULHA DESC. 25x2	00764		SERINGA DE 01ML	00850		BICARB. DE SÓDIO
	AGULHA DESC. 40x12	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG
	ALCOOL	00870	02	SERINGA DE 05 ML	00849		DIPRIVAN
	ÁLCOOL IODADO	00890	02	SERINGA DE 10ML	00848		DOBUTREX
	ALGODÃO HIDROFILO	00864	02	SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA
	ALGODÃO ORTOPÉDICO	00865		SOAPEX (ML)	00986		DORMONID 15 MG
	ARROELA PV MONITOR	00889		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE
	ATAD. CREPON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEAL	00888		EFORTE
	ATAD. CREPON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE
	ATAD. CREPON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00881		FENTANIL
	ATAD. GESSO 10 CM	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00882		FLUOTHANE
	ATAD. GESSO 15 CM	00776		SUTUPAK AGULHA	00981		FORANE
	ATAD. GESSO 20 CM	00777		SUTUPAK B/ AGULHA	00983		HALOTHANO
	BUTTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00807		INOVAN
	CAL SODADA	00871		TORNEIRA 3 VIAS	00805		IRUXOL
	CATETER SUBCLAVIA	00788		ULTRA-GE	00893		KEFLIN 1 GR
	CATETER INTRAVENOSO	00955		VICRIL	00819		KETALAR
	CAT GUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT
	CAT GUT CROMADO	00811		FILTRIO CARDIOPLEGIA	01833		MARCAÍNA 0,5% C/AD
	CAT GUT CROM LAÇADO	00812		FILTRIO LINHA ARTERIAL	01865		MARCAÍNA 0,5% SIAD
	CAT GUT CROM OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLEGIA	01830		MARCAÍNA PESADA
	CERA DE OSGO	00833		RESERV. CARDIOTOMIA	00824		NARCAN
	CIDEX (ML)	00314		HEMOCONCENTRADOR	01835		GRASTINA
	COL. URINA B FECHADO	00790		OXIGENADOR MEMBRANA	00925		PAVULON
	COL. URINA UROFIX	00784		OXIGENADOR DE BOLHAS	01867		FROSTIGMINE
	COTONETES	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00851		PROTAMINA
	COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELICIM 100MG
	COTONOÍDES	00873		KIT CÁNULAS	00823		RODEFIM 1GR
	DRENO PENROSE	00802		CONJ. TUBOS PARA CEC	01884		RINGER LOCTATO
	DRENO DE SUCCÃO	00800		TUBOS P/ TCA	00784		SORO FISIOLÓGICO 0,9%
	EQUIPO SIMPLES	00808		CACHIMBO	00837		SORO GLICOSADO 0,5%
	ESPARADRAPO	00880		MERCÚRIO PARA TCA	01401		SORO GLICOFISOL 9%
	ET BEND	00824		XILOCAÍNA 2% C/ AC	00748		SOL. SALINA 88%
	ETER (ML)	00881		XILOCAÍNA 2% S/ AC	00751		
	FIO DE MARCAPASSO	00825		XILOCAÍNA GELEIA	00748		
	FITA CARDIÁCA	00823		XILOCAÍNA PESADA	00750		
	FORMOL (ML)	00882					
	GASE SECA	00888					
	GASE ALCOHOADA	00868					
	GASE FURACINADA	00865					
	GELFOAM	00433					
	GORRO DESCARTÁVEL	01530					
	LÂMINA DE BISTURI	00842					
	LIGA UMBILICAL	00884					
	LIG. CLIP (CART)	01822					
	LUVA DESCARTÁVEL	00843		OUTROS		CÓDIGO	INÍCIO
	MALHA TUBULAR (CM)	00774		ASPIRADOR ULTRASÔNICO			TÉRMINO
	MASC. DESCARTÁVEL	00916		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENA			
	MICROPORE (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOAR			
	MONONYLON	00815		TREPANO			
	MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO			
	MONONYLON VICROCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDIÁCO			
	POLDIVINE	00898		CAPINOGRAFO			
	PROLENE	00821		ASPIRADOR			
	THINEMBUTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA			
	TRACUM	00702		DESFIBRADOR / CARDIOVISOR			
	TUBETE	00908		BOMBA DE INFUSÃO			
	VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO			
	VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO			
	VASELINA	00726		DIÓXIDO DE CARBONO			
	Gel de oxigênio			BISTURI ELÉTRICO			
	Gel de oxigênio			MONITORIZAÇÃO			
				INTENSIFICADOR DE IMAGEM			
				PROTOXÍDO DE AZETO			
				TAXA DE SALA			
				OXIGÉNIO			
				AR COMPRIMIDO			
				OXIMETRO DE PULSO			
				BALÃO AORTICO			

DATA: 30/08/19

CIRURGIANO: Dr. Edmundo

ANESTESISTA: Dr. Melo

H.M.A.G.R.		HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA	ENFERMEIRA	LEITO 418	NP PRONTUÁRIO 33010	
FOLHA DE ANESTESIA	NOME	Jef Gomes Furtos		IDADE 33	SEXO MASC	COR BRANCA
DATA 31.08.19	PRES. ARTERIAL 199x99	PULSO 100	RESPIRAÇÃO 23	TEMPERATURA 36,8	PESO 71,50	ALTURA 1,70m
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁTIA 5: 190-500	HEMOGLÓBINA 11,2%	HEMATÓCRITO 44,3%	GLICEMIA	UREIA	OUTROS TC: 63,9 TTG: 0,88
URINA	URINA	Luzes: 13.270 Plaquetas: 252.000				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO	OBESIDADE!				ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	DENTES Nº 28		PESCOÇO Normal	AP. URINÁRIO Normal		
ESTADO MENTAL	ESTADO MENTAL Normal		ATARÁXICOS 0	CORTICÓIDES 1	ALERGIA Normal	HOPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FIST. SINT. FIST. SINT. SÍN. SÍN.				ESTADO FÍSICO 1	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES	SIM					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA 17:00	DIAZETAM - 100 mg 18:00		APLICADAS ÀS 19:00 16h45m SÁCIS FÁCIAIS		EFEITO	
Agentes Anestésicos	02					INDUÇÃO
Líquidos	SPTZ				Safado	Excit.
CÓDIGO VP Arterial o Pulsos O - Respiração A x Anestesia O Operação	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 3	100% O2 PREMIER FRESH GASES				Respiração Laringe Lento Vomitos Doros MANUTENÇÃO 1. BOLHEM - 12-1 2. BOLHEM - 50-50 3. BOLHEM - 100-100 4. DEXALOGESTR 5. CETOZOL - 2g 6. NEONATAL - 1-1 7. PCLVZOL - 1-1 8. PRETOL - 1-1 9. PRETOL - 1-1 Anestesia Safado: S Safado: 0,25g Não por que Pclvzol: 100-100 Pclvzol: 100-100 Pclvzol: 100-100 DESPERTAR Reflexos na S.O. / 30 Anest. CO2 Exercit m = 200 + 4000 Náuseas Vomitos Cf/m = 200-1 Outros 10. cloruro - 250m CONDIÇÕES 11. 52
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	1 9:00					CÔNULAS
POSIÇÃO 6	0	100% O2 + BOLHEM + SINTON + KETALOGESTR 1/2 - 50-50				
AGENTES	1	BOLHEM 100% + BOLHEM (100%) + SINTON				
TÉCNICA	3	BOLHEM 100% + BOLHEM (100%) + SINTON				
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES	Dr. EDUARDO					
ANESTESISTAS	Dr. HELIO GESNER					
OBSERVAÇÕES	Complicações pré-operatória, operatórias, e pós-operatórias.				PERDA SANGUÍNEA	
					P: 1200 F: 10000	
					P: 10000	



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

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

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 URNA ESQUERDA. PG3,4,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA 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, INSUSCETÍVEIS 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 Motoqueiro, residente e domiciliado à Rua
R. PEDRO GROSSO, nº 50, bairro Grilo, Município de
CAUCAIA, Estado de(o) CEARA, Cep: 61600-300, 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 oº 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: JOAO GOMES FILHO

Nome do Outorgante: JOAO GOMES FILHO

CPF nº 625.292.423.72

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOiola - CNPJ: 01.736.807/0001-42
Rua Padre Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.800-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
indicada de JOAO GOMES FILHO, Dou Fé. Caucaia-CE, 20
de novembro de 2019.

Em Test^o da Verdade.

Luana Soares da Silva Escrivente Autorizada

Luana Soares da Silva
248223-08
Inscriturada

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO GOMES FILHO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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