



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 **WEB1.20.01417521-5** em **31/08/2020 16:08:00**.
- 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 : 0246166-66.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01417521-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 31/08/2020 16:08:00

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* : 2747249_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELEECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2747249_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-15.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106492

Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Data do Acidente: 03/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106492

Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Data do Acidente: 03/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001887**

Conta: **0000031099-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 174.176.458-29 4 - Nome completo da vítima: JOSE DONISIO TAUVARES GONCALVES

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

5 - Nome completo: JOSE DONISIO TAUVARES GONCALVES 6 - CPF: 174.176.458-29
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA DESEMBARGADOR HERMES 9 - Número: 781 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: VILA VELHA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60347-155
 15 - E-mail: KC527310@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 45524-6730

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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 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)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1887 CONTA: 31099 7 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 (se nascido)? 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 - Imprescindível digitar os dados do beneficiário não alfabetizado
 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: FORTALEZA - CE 05/03/20
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE DONISIO TAUVARES GONCALVES

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 218 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/01/2020 12:56:20**
Data / Hora da Ocorrência: **03/12/2019 21:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AV FRANCISCO SÁ, BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE DIONISIO TAVARES GONÇALVES**
Nascimento: **13/04/1979** CPF: **184.176.458-29**
RG: **296688381** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **MARIA DE FATIMA TAVARES GONÇALVES**
PAULO GONÇALVES DA SILVA
Endereço: **RUA DESEMBARGADOR HERMES PARAIBA, 781**
Bairro: **VILA VÉLHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98729-6474**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWX1367** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30708R617412** Renavam: **983079200** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **LSK3685** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKS48G0GG199767** Renavam: **1077929304** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **WAGNER ANTONIO MENEZES JUNIOR** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 03 DE DEZEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:45, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA HWX1367, PELA AVENIDA FRANCISCO SÁ QUANDO SENTIU UMA FORTE PANCADA; QUE UM CARRO ÔNIX PRETO, PLACA LSK3685 AVANÇOU A PREFERENCIAL, COLIDIU COM ESTE, QUE VEIO A SOLO; QUE FRATUROU O JOELHO ESQUERDO E CONTUNDIU O OMBRO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, A QUAL LHE LEVOU ATÉ O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE; QUE HOUVE ACORDO COM O MOTORISTA COLISOR; QUE NÃO TEM INTERESSE EM PROCESSÁ-LO, POIS O MESMO PERMANECEU NO LOCAL, DANDO ASSISTÊNCIA À VITIMA. E NÃO MAS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 218 / 2020

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____
Maria de Jesus Pereira Moura

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
Bel. Evandro Alves de Souza
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Delegado de Polícia
MAT. 14699

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 174.176.458-29 4 - Nome completo da vítima: JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES

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

5 - Nome completo: JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES 6 - CPF: 174.176.458-29
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA DESEMBARGADOR HERMES 9 - Número: 781 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: VILA VELHA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60347-155
 15 - E-mail: KC527310@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 45524-6730

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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 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)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1887 CONTA: 31099 7 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 (se 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 - Imprescindível digitar os dados do beneficiário não alfabetizado
 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: FORTALEZA - CE 05/03/20
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSE DIUNISIO T BONCALVES

End. Leitura: RUA DES HERMES PARAIBA, 701, VILA VELHA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60347-155

End. Entrega:
Cidade:
Local: 001

Sector: 045
Subsector: 00

Quadra: 0137
Subquadra: 00

Lote: 0432

CEP:
Comp: 0000

ECONOMIAS
Residencial: 001 | **Comercial:** 000 | **Industrial:** 000 | **Público:** 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A18N233671	109	117	8	8

DATAS
Leitura Atual: 13/11/2019

Emissão: 13/11/2019

Lacre Água: 3147812

Leitura Anterior: 11/10/2019

Próxima Leitura: 12/12/2019

Lacre Esgoto: 127915

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coll
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	529	529	529	529	529
Em conformidade	528	529	526	516	529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 10 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		15s/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	40,30			
ESGOTO	35,68	nov/18	8	6
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,01	dez/18	8	6
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,27	jan/19	7	5
MULTA DE 2%	3,14	fev/19	7	5
ACRESC. IMPONT. AGUA TA: I	0,13	mar/19	7	5
		abr/19	6	4
		mai/19	7	5
		jun/19	7	5
		jul/19	8	6
		ago/19	12	9
		set/19	11	8
		out/19	8	6

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,76	Descrição	
COFINS	3,80	VALOR DO SERVIÇO	80,33
		VALOR DO SUBSÍDIO	0,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	79,53

MÉS/ANO

11/2019

VENCIMENTO

03/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

79,53

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356443081127005 L: 8065 H: 07:06:55 R: 105 P: 001

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

 Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195



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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838 Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.




**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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **048.217.413** / **77**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE DIONISIO TAVARES GONSALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº **184.176.458** / **29**

do sinistro de DPVAT cobertura **IPA** da Vítima **JOSE DIONISIO TAVARES GONSALVES**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **184.176.458** / **29**, 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: RUA PROFESSOR CABRAL		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: **FORTALEZA, 05 DE MARÇO DE 2020**

X  **Assinatura do Declarante**

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

03/12/2019 23:15

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 47755612 03/12/2019 às 23:14

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CONTUSAO NO JOELHO E COTOVELO ESQ POR ACIDENTE DE MOTO RELATA USO DE CAPACETE CD RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
myaule H98
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

NºPedido: 34346744

Data 04/12/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) CLAUDIO JOSE F. EUF

Queixa Principal:

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC



6391160541

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA

Estudo realizado sem a administração do meio de contraste venoso, obtendo-se imagens axiais e reconstruções multiplanares.

COMENTÁRIOS

Fratura do aspecto posterior do planalto tibial, com extensão articular, estendendo-se ao compartimento medial, com desalinhamento dos fragmentos.

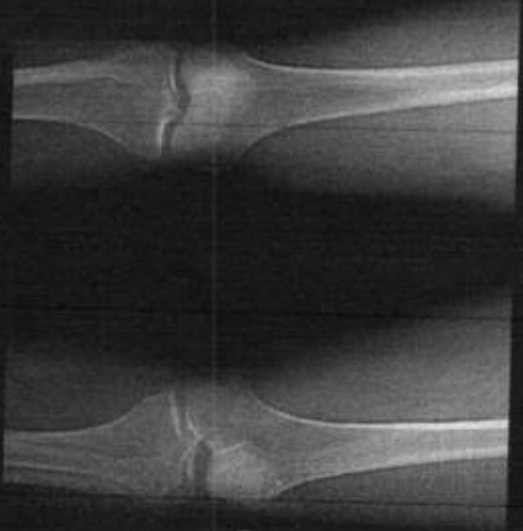
Restante da estrutura no óssea íntegra.

Espaços articulares preservados.

Moderado derrame articular heterogêneo (hemartrose).

FERNANDO MOTA DE CARVALHO - CRM 11747-CE

JOB:HQ:EQ:5/C
04/17/2019
SCOUT
SERIE 1/1
MAGNET 1/2



Q. 511
LOSSLESS
MWW 500 WC 30

JOB:HQ:EQ:5/C
04/17/2019
0 ACQUISITION
SERIE 2/1
MAGNET 1/2/1



Q. 819
LOSSLESS
MWW 400 WC 40

JOB:HQ:EQ:5/C
04/17/2019
SERIE 4/1
MAGNET 2/1



Q. 1674
LOSSLESS
MWW 249 WC 124





Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVE S

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALE Z Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) LUCIANA CASCAO LIMA

Queixa Principal:**Exame:**

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!cpUt8"

6477508121

RELATÓRIO:

Presença de fratura com avulsão de fragmento ósseo em região de espinhas tibiais.

Aumento de partes moles periarticulares.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

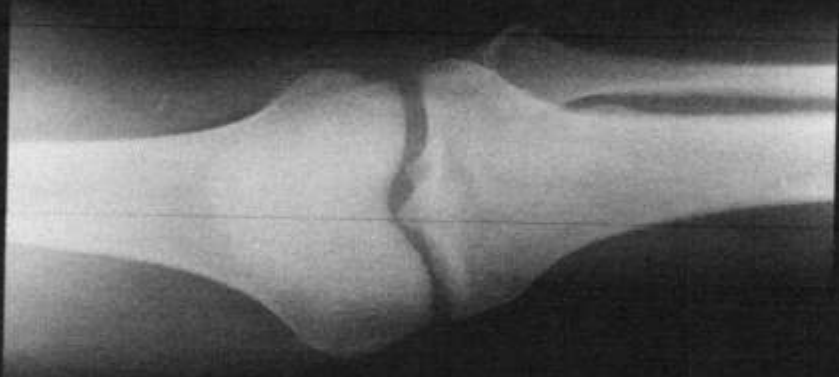
OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

13/01/2020
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2



JÓSE EMANUSO TAYRRES DOMÍNGUEZ 34 MAGNUM 1



LOGSLESS
Q. 30A

WWW-10233 WC- 511



Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVE S

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALE Z Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COTOVELO ESQUERDO

!b~3(8"

6391160521

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34346434

Data 03/12/2019

Pag 2 de 2

Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVE S

Nascimento.:13/04/1979 Sexo:M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALE Z Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!b~3(9"

6391160522

RELATÓRIO:

Presença de fratura alinhada em região de espinhas tibiais, com discreto aumento de partes moles ao redor.

Demais aspectos preservados.

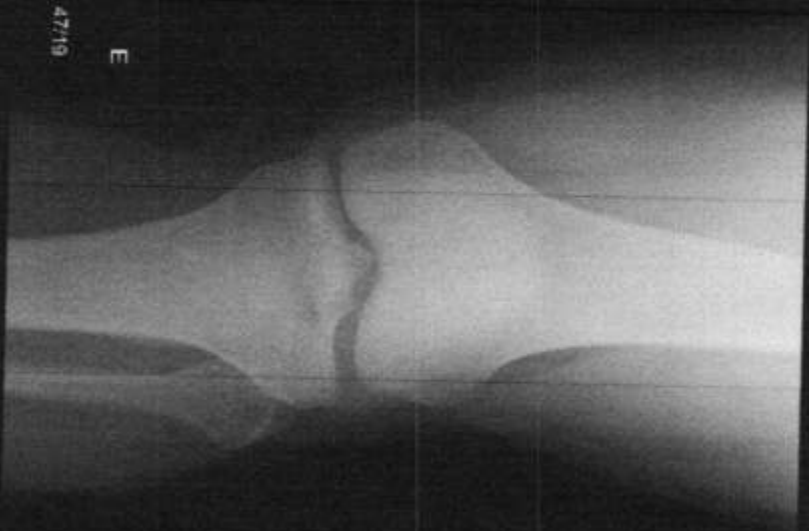
OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

09/12/2019
SERIE 1/1
PAGINA 1/2

ROTECHNICO TAVILES GRANALLEROS - ORENSE - MEXICO - J



E

47/19

09/12/2019 10:23 AM 511



LOSERLETS
Q. 20%





Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES
Nascimento.:13/04/1979 Sexo:M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829
Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474
Convenio...: HAPVIDA
Matricula.: 57756001070006013
Solicitante: Dr(a) EDUARDO VASCONCELOS

Queixa Principal:

Exame:

US ARTICULACOES - EMERGÊNCIA

!c:-^B"

6423105931

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor linear 7.5 Mhz.

ANÁLISE: O exame sonográfico do ombro esquerdo mostra:

- Leve distensão líquida da bursa subacromial/subdeltoidea.
- Tendões do supraespinhal e do subescapular discretamente espessados e heterogêneos compatível com tendinopatia.
- Fina lâmina líquida na bainha sinovial do tendão do cabo do bíceps podendo representar extensão de derrame articular ou tenossinovite.
- Tendão infraespinhal com aspecto ecográfico preservado.
- Ventres musculares do supraespinhal do infraespinhal de morfologias e trofismos preservados.
- Não há evidências de derrame articular glenoumeral.
- Articulação acromioclavicular sem alterações significativas.

ATENÇÃO: ULTRASSONOGRRAFIA É UM EXAME COMPARATIVO!
GUARDE ESSE FILME PARA FUTURAS COMPARAÇÕES.

EF

GILBERTO FERREIRA DE CARVALHO - CRM 9334-CE

JOSE DOMINGO FAYNES OMPALVES | São Paulo, SP

18/12/2019
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2



E



LOSSLESS
Q. 20%

OWW 1023 WC 311



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35268272

Data 29/01/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) JOAO PAULO PINHEIRO

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO



6511375121

RELATÓRIO:

Presença de avulsão de fragmentos ósseos na topografia de espinhas tibiais.

Moderado derrame articular.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

2/10/2008
SERIE 1/1
PATIENT 1/2



DAW 1023 WC 511



E

DR. KONRADO TAVARES OLIVEIRA SR. 10/10/2008



LOBSLESS
Q 235





ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63911605



20/12/2019 11.34.21

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12278862	JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	M	13/04/1979	40
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
296688381 SSP CE	18417645829			1-CASADO
Endereço				
R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA,781 - VILA VELHA, FORTALEZA(CE) CEP 60347155				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987296474				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
22 HAPVIDA		
Carteira	Validade	
57756001070006013		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116808-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/12/2019	23:06		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA (1.10) LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
Leandro
Assinatura

20/12/2019 11:32

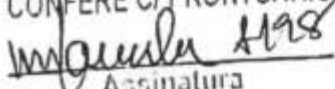
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [1] Nº: 47758775 04/12/2019 às 03:18

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES **DI. Nasc.:** 13/04/1979 **Atendimento:** 63911605 **Prontuário:** 12278862
Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/4
Profissional(is): EVILANEIDE VERAS MATOS, ENFERMEIRO(A). COREN 293708 [1] **Nº:** 47758777 **04/12/2019 às 03 18**
 JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [2]

CONTROLE VITAIS
SINAIS VITAIS

T	37 °C	[1]
PA	120X70	[1]
FC	88 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	103 mg/dL	[1]
-------------------------	-----------	-----

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[2]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[2]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[2]
Queda Adulto (Morse)	[2]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[2]
Fiebite	[2]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[2]

CONFERE CI PRONTUÁRIO
M. G. M. 11/98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [1] Nº: 47758798 04/12/2019 às 03:23

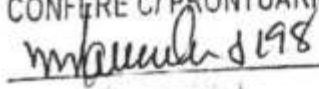
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04 45, EM 04/12/2019 POR JOSE AIRTON DE SOUSA, COREN/CE 99289 [1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Fiebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

CONFERE CI PRONTUÁRIO



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 99289 [1] Nº: 47758800 04/12/2019 às 03:23

CONTROLE VITAIS

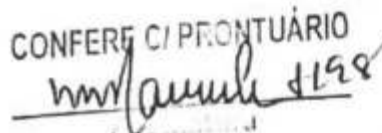
SINAIS VITAIS

T	37 °C	[1]
PA	120X70	[1]
FC	88 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	103 mg/dL	[1]
-------------------------	-----------	-----

CONFERE CI PRONTUÁRIO



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078 {1} Nº: 47761479 04/12/2019 às 06:17

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
M. Paula 1198

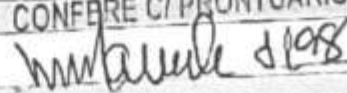
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES **DL Nasc.:** 13/04/1979 **Atendimento:** 63911605 **Prontuário:** 12278862
Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO, ENFERMEIRO(A), COREN 427277 [1] **Nº:** 47761532 **04/12/2019 às 06:20**

PACIENTE		
Data De Admissão	04/12/2019	[1]
PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergênci	[1]
Data Da Cirurgia	04/12/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não	[1]
Etilista	Não	[1]
Internações Anteriores		[1]
Cirurgias Anteriores	Não	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		
Intolerância Alimentar	Não	[1]
Jejum	Não	[1]
Conservado	Sim	[1]
Dentição	Não Preservada	[1]
TÓRAX		
Inspecção	SIMETRICO	[1]
ABDOMEN		
Exame Abdominal	Flácido	[1]
Ruídos Hidroaéreos (RHA)	Presentes	[1]
ELIMINAÇÕES		
Intestinais	Presente	[1]
Urinárias	Presente	[1]
SONO / REPOUSO		
Concilia Sono e Repouso	Não	[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO		

CONFERE C/ PRONTUÁRIO



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Em Ouvir	Não	[1]
Compreender	Não	[1]
Memorizar	Não	[1]
Falar	Não	[1]
CONFORTO		
Queixas de Dor	Não	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	04/12/2019	[1]
INTRA-OPERATÓRIO		
PÓS-OPERATÓRIO		

CONFERE O PRONTUÁRIO
Wassmann 5198

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSÉ DIONÍSIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
Profissional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1] Nº: 47769674 04/12/2019 às 10:11

ANAMNESE

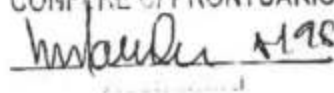
Queixa Principal

FRATURA-AVULSAO DO LCP. CONVERSO COM PACIENTE SOBRE
POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O LCP E
EVENTUAL CIRURGIA NO FUTURO, CASO NÃO HAJA ÊXITO NO
TRATAMENTO CONSERVADOR DO LCP, O QUAL CONCORDOU COM
A OPÇÃO. MANTENHO IMOBILIZAÇÃO INGUINO-MALEOLAR EM
EXTENSAO A FIMM DE CONSOLIDAÇÃO E CICATRIZAÇÃO DO
LIGAMENTO E ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL.

[1]

REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO (SOLICITO RX)

CONFERE O PRONTUÁRIO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Data do Atendimento: 18/12/2019

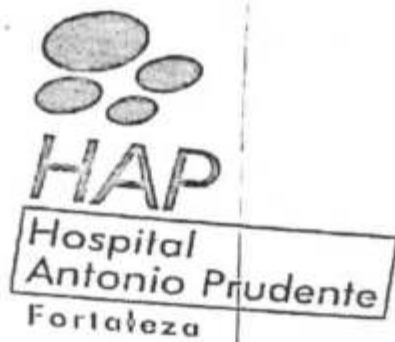
RECEITA

USO ORAL

1 FLANCOX 500MG ----- 1CX
TOMAR 1 CP DE 12/12H POR 5 DIAS



Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico de Especialidade Ortopedia
Cirurgião do Joelho
CRM-CE 13993



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi na **EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA** o Sr(a) **JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES** nesta data 03/12/2019 sendo necessário seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dias, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

CID: S835

Fortaleza, 03 DE DEZEMBRO de 2019.

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico de Esporte/Ortopedia
Cirurgião de Joelho
CRM-CE 13993

Assinatura e Carimbo de Médico



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES às 10:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 18/12/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S821

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico de Especial. Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM-CE 13993

EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

CRM 13993

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação: BEEKS29L108K0

Solicitacao da Senha 18/12/2019 06 44 02

RJ002

18/12/2019 10:04

10 1 32 209

Trab. Fratura Tibia
(dt. 18/12 a 01/01/19)
Enc. INSS

Obs: Tem atestado anterior de 15 dias (03 a 17/12/19)

Dr. Paulo Roberto Simões de Almeida
Clínica Médica / Medicina do Trabalho
CRM 5738 / Reg. Med. Trab. 3117
Tel: 9944.7010

Dr. Paulo Roberto Simões de Almeida
Clínica Médica / Medicina do Trabalho
CRM 5738 - Reg. Med. Trab. 3117
Tel: 9944.7010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 015385101480
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 DIG 1 Cód. RENAVAM 983079200 RNTRC 0000000000 Exercício 2019

NOME: JOSE DIVISIO FAVARES GONCALVES
 FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ 18417645829
 PLACA ANT/UF HWX1367/CE

CHASSI 9C2JC30708R617412
 ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/DIHO ASPLTC.
 COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN
 CATEGORIA 2P/DCV/124CC
 SARTIC
 ANO FAB 2008 ANO MOD. 2008
 COR PREDOMINANTE CINZA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019
 OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA
 DATA 03/10/2019
 IGOE Forate
 Superintendente DE IANV-DC

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015385101480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

18417645829

HWX1367 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15385101480

77366605734

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/10/2019

RENAVAM 983079200 CPF/CNPJ 18417645829 PLACA HWX1367
 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN
 ANO FAB 2008 DT. EMISSÃO 09 Nº CHASSI 9C2JC30708R617412

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.32 TOTAL SERVIÇOS DE SERVIÇO (R\$) 84.58
 DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019
 PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.602/0001-04

MOTOR: JC30E78617412



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106492 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES **Data do acidente:** 03/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.P18/21

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante Jose Dionisio Tavares Goncalves
Estado Civil Casado Profissão Advogado
Residente Rua Des. Hermes Pereira Bairro Alto União
Município Fortaleza UF Ce Nascido 21/09/1979 CPF 85.176.528.29
RG 00519023132 Emissor DeTRAN/CE Em 22/05/2017

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Municipio de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com . Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) Jose Dionisio Tavares Goncalves
Ocorrido em 03/12/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e seguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de um advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA 23 , DE JANUÁRIO , DE 2020

Jose Dionisio Tavares Goncalves

JAIME ARARIPE
SERVIÇO REGISTRAL

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Br. Jaime de Faria Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Almeida Araújo - Substituto
Av. Militar, 4965 - CEP 60316-901 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - jaimeararipe@gmail.com

JAIME ARARIPE
02
1107452721791 | Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) assinatura(s) de: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 23 de Janeiro de 2020, às 09h04. Em testemunho da verdade,
SANTA MARTA MARTINS NUNES NETO (Escrivente) Total: R\$ 7,00.
Válido somente com o selo de autenticidade FPM, debaixo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084507/20

Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

CPF: 184.176.458-29

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/12/2019

Titular do CPF: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES : 184.176.458-29

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: 09/03/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Antonia Daniella Ferreira da Silva