

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**@-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> 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 **WEB1.20.01457098-0** em **21/09/2020 13:30:28**.
- 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 : 0249266-29.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01457098-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 21/09/2020 13:30:28

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* : 2751965_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2751965_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-25.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004690**

Conta: **0000014817-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

165.869.213-68 JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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

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

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
AUTÔNOMO
Rua Silveira Filho
Foz de Iguaçu
PR
81200-000
11-93346-6641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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\$1.000,00 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)

AGÊNCIA: 4690 013 CONTA: 000.148.17 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2828 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2019 12:49:19**
Data / Hora da Ocorrência: **09/07/2019 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA EDUARDO PERDIGÃO**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSP MENINO JESUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS**
Nascimento: **09/09/1962** CPF: **165.869.213-68**
RG: **97002651915** Orgão Emissor: **SSPCE**
Filiação: **ALMIRA ALVES DE SOUZA SANTOS**
JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS
Endereço: **RUA SILVEIRA FILHO, 1030 CASA 18**
Bairro: **JOQUEI CLUBE**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A
UF:

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP: **60.520-055**

Telefone: **(85) 98846-5641**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA RUA EDUARDO PERDIGÃO NA FAIXA DA ESQUERDA E AO TENTAR MUDAR PARA A FAIXA DA DIREITA FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA NAO ANOTADA NA VIA QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA FILHA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João de Deus de Souza Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

165.869.213-68 JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

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

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

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
AUTÔNOMO
Rua Silveira Filho
Foz de Iguaçu
PR
60520-055
180 98846-6641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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\$1.000,00 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)

AGÊNCIA: 4690 013 CONTA: 000.148.17 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: Investprev Seguradora S/A

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. 26 SET 2019

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, não localizou atendimento em nome do Sr. **João de Deus de Souza Santos**. Porém, consta na central de regulação do SAMU, acionamento para prestar atendimento a uma vítima de trânsito, identificada apenas por **João de Deus** no dia **09/07/2019**, às **16h44min**, na **Rua Eduardo Perdigão**, no **Bairro Parangaba**.

Documento requerido pela Sra. **Kátia Moreira Santos** por meio do Processo nº **P814352/2019**.

Fortaleza, 20 de Agosto de 2019.

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04690

CONTA: 000000014817-8

Nr. da Autenticação 9EB853BAC617907D

Cagece

007002904

ROSALBA MAREIRA SANTOS
RUA SILVEIRA FILHO, 1030, 18, JOAZEIRO CLUBE
FORTALEZA

80528-055

001	030 00	0076 00	0313	0029
001	000		008	000
AGUA	A198478156	2303	5	10

13/08/2019 13/08/2019	13/08/2019 14/08/2019 07/2019	3084606 3797047
--------------------------	-------------------------------------	--------------------

326	380	185	326	326
545	540	545	545	545
542	537	533	529	545

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 18 m3 / META: 14 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

AGUA E98070	28.30 22.64	set/18 out/18 nov/18 dez/18 jan/19 fev/19 mar/19 abr/19 mai/19 jun/19 jul/19 ago/19	14 15 16 13 13 13 11 10 12 13 13 12	11 12 12 19 19 18 8 9 9 10 10 9
----------------	----------------	--	--	--

PTS	0.48	VALOR DO SERVIÇO	73.98
COFINS	2.43	VALOR DO SUBSIDIO	23.64
		VALOR TOTAL A PAGAR	50.34

09/2019 03/10/2019 50,34

I:358318075193833 L:2025 H:08:58:06 R:032 P:001

Cagece

Cagece

É obrigação do usuário manter-se atualizado quanto às informações e procedimentos da Agência Reguladora.
Entidade Reguladora: Fortaleza ARCE - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1999. Domicílio: Rua da ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados (rua Ezequiel da Costa) 8000 275 3838. Domicílio: Rua da ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados (rua Ezequiel da Costa) 8000 275 3838. Mais informações pelo telefone: 0800 285 1999, no site: www.arce.gov.br, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.gov.br, de 8h às 12h e 13h às 17h.

assinado digitalmente
por: [nome]

Cagece

358318075193833 - 2025

007002904	030 00	0076 00	0313	0029
FORTALEZA			03/10/2019	50,34

82620000000 6 50940009500 6 00700290401 4 00071022015 3



CETIDÃO NARRATIVA

Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. João de Deus de Souza Santos esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 09/07/2019 a 12/07/2019, sob o nº do prontuário 344622, com o diagnóstico de fratura de maleolar medial direito, sendo realizado tratamento cirúrgico, recebendo alta medica do profissional responsável.

Atenciosamente

Fortaleza, 17 de junho de 2019

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28


Monica Maria Saba-Ferreira
Coordenadora de WAC
CPF: 259.651.154-01
Matr: 15064

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba – Fortaleza – Ceará
CEP 60.720-640 – Fone (85) 31317322

12700030971



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Informação
Pareceres Médicos, Perícias e Exames - Assistência Hospitalar - SUS - F25
Pareceres Médicos, Perícias e Exames - Assistência Hospitalar - SUS - F25
257, Rua da Palma nº 215 - Fátima - CEP 40060-400
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3184-4201

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT (LM)

Nº LAUDO:	Nº da AIT:
	2319102748715

UNIDADE HOSPITALAR	CGC / CNPJ
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	07.635.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: João de Deus de Souza Santos			
ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA: SILVEIRA FILHO Nº 17044			
CIDADE	MONUMENTO	UF	CEP
JORVEI CLUBE	FORTALEZA	CE	
DATA DO NASCIMENTO: 09/07/64			
SEXO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> MASO 2. <input type="checkbox"/> FEM			
NOME DA MÃE: ALMIRA ALVES DE SOUZA SANTOS			
2. <input type="checkbox"/> SEGURADO 4. <input type="checkbox"/> CONJUGE 6. <input type="checkbox"/> FILHO 8. <input type="checkbox"/> OUTRO DEP.			

CPF MÉDICO SOLICITANTE		CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL		CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		 DR. RÉGIS SILVEIRA TEIXEIRA CRM-CE 14227 FERT 17124 09/10/2019			
DATA DA EMISSÃO				09/10/2019	

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		Investprev Seguradora S/A
Acidente de moto (v. 4 de Atropelamento)		26 SET 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
Necessidade de Cuidado	ASSISTO QUE Cópia contém Cópia ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	pp. 11/10/2019
Rx TEF	Mônica Saba Mat. 15986

DIAGNÓSTICO INICIAL	TIPO DE CLÍNICA
Fratura de Manguito (v. 4)	1. <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA 2. <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICA
	3. <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA 4. <input type="checkbox"/> TISIOPEUMOL
	5. <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA 6. <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA
	8. <input type="checkbox"/> OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
T = 0 Cuidado de Fr			
CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA

DR. RÉGIS SILVEIRA TEIXEIRA
CRM-CE 14227 FERT 17124
09/10/2019

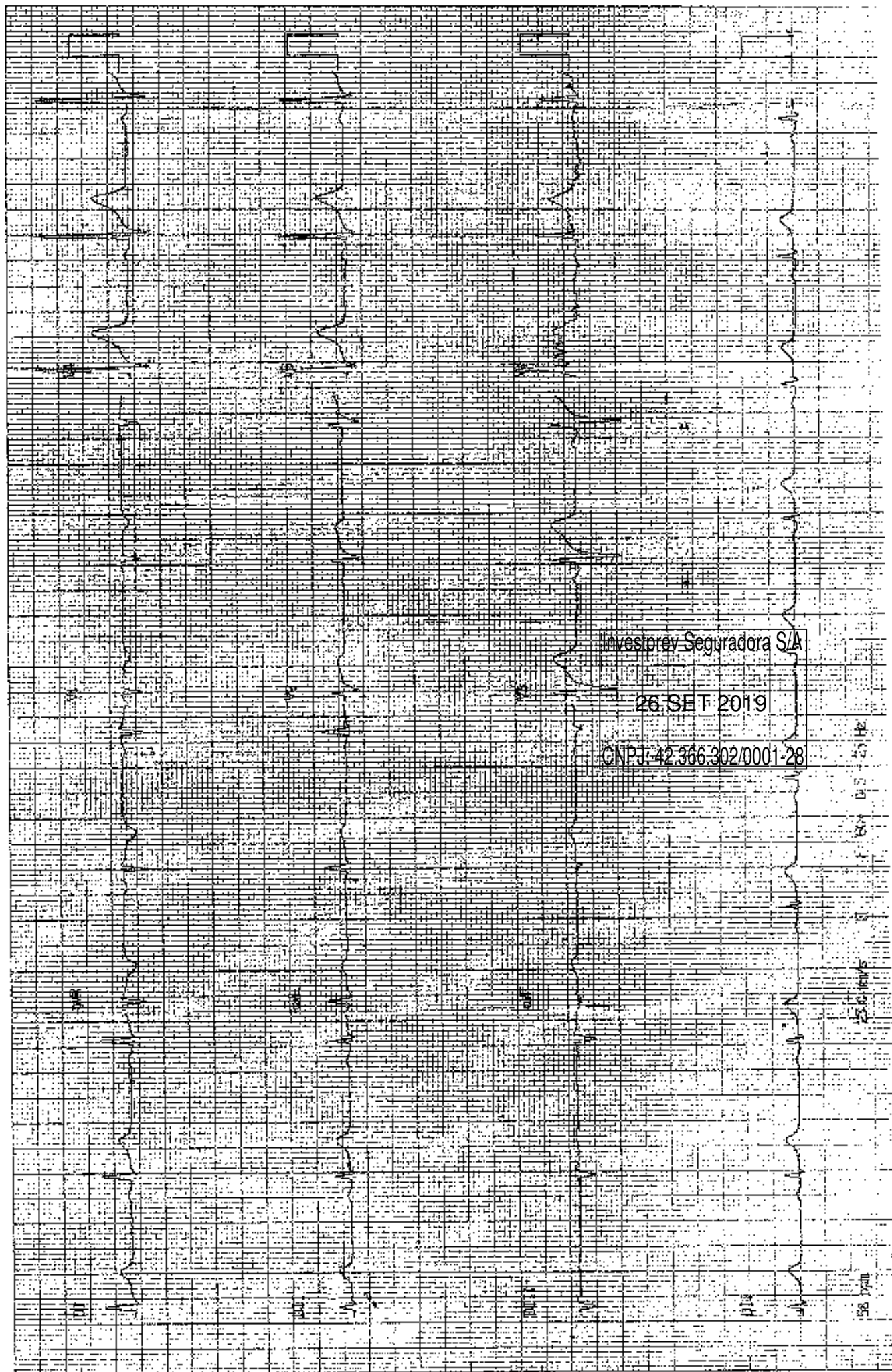
10/07/2019 08:20

Servo: N

JOGO DE DENTES DE 300S

10/07/2019 08:20

FROTI PARANÁ



Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

10/07/2019

08:20

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

TRUMP

NOME: **João de Deus do Souza Santos**

Idade: 18 anos

ENF: 18

LEITO: 18

Nº. PRONTUÁRIO: 18

16:	
20:	
08:	

IRIO:	43.20	24h
P.A.:	140x90	130x90
TEMP.:	36.8°C	
P.J. MIN.:	96	
M.V. / MIN.:		

RESUMO DO MEDICAMENTO

0903 Diete 71Hrs

01 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

03 Amp 100mg 7/11/12

Prontuário

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPÓFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPÓFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETÓPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANDOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCÓPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAM 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAM 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

Handwritten signature/initials

SEROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
SORO GLICOSADO 5% 500ML
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML
SORO RINGER LACTADO 500ML
SOL. MANITOL 20% 250ML
FRUTOSE

SANGUE-HEMODERIVADOS

PLASMA
SANGUE TOTAL
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
ALBUMINA

MATERIAS DESCARTÁVEIS

CATETER VENOSO
EXTENSOR
EQUIPO DE SORO
SONDA ASPIRAÇÃO
SONDA TRAQUEAL
SONDA NASOGÁSTRICA
SCALP
AGULHA P/PERIDURAL
AGULHA P/RAQUI
TORNEIRA 3 VIAS

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.802/0001-28

ANESTESISTA-CRM

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vasculares

HISTÓRIA CLÍNICA Nº 1052 BARBOSA DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. *[assinatura]*

Mônica Sato

RECEBUE

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

Operator,

Enfermería

2º Auxiliar.

CREATED 12.5.0

10 Aug 53

Instrumentador:

3^o Auxiliar:

Anestesiista

Tipo de Anestesia: Local

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de tornozelo (C)

Diagnóstico Pós-anestésico: 1. Tipo de Operação: fto encefálico de fratura de tórax (2)

Diagnóstico Pós-operatório: 0 Mito

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no abdô:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

① Parents for VDH rob and for

2144

③ Acesso radial no membro inferior. Puncture direta e fixação com 02 pontos com cateter 3,5mm.

(1) Part 1 Notes

Polisio op. ~~hau~~ ^{hau} ~~hau~~ ^{hau} + sintor ~~per~~ ^{per} ~~pleno~~ ^{pleno} + curativo ~~exten~~ ^{exten} +
tela ~~hau~~ ^{hau} ~~hau~~ ^{hau}

HOSPITAL DISTRICT NO 104 - HOSPITAL DE GUERRA
ATENÇÃO QUE Cópia CONTÉM TEMA ORIGINAL

Dr. George Washington Felt

no. 10000

Partnership Sales

Abstract

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TROPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANDOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
GB-IRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

Handwritten signature and notes in the first column.

Handwritten mark in the second column.

SOROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO
SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO
FRUTOSE	FRASCO

SANGUE- HEMODERIVADOS

PLASMA	
SANGUE TOTAL	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
ALBUMINA	

MATERIAS DESCANTÁVEIS

CATETER VENOSO	UNIDADE
EXTENSOR	UNIDADE
EQUIPO DE SORO	UNIDADE
SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE
SONDA TRAQUEAL	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE
SCALP	UNIDADE
AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE
AGULHA P/RAZUI	UNIDADE
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE

ANESTESISTA-CRM

Investprev Seguradora S/A
26 SET 2019
CNPJ: 42.386.902/0001-28
HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ATESTADO QUE CONTA COM A ORIGINAL
Fórmula Sólida
1000-15304

Handwritten signature and stamp in the bottom right area.

Nome: <u>Socó de Deus de Souza Santos</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data internação	Diagnóstico
			<u>09/10/2019</u>	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
<u>09/10/19</u>	<p><u>Ex Malabo Medial (D)</u></p> <p><u>Nega Alegria</u></p> <p><u>HAS → L.P.</u></p> <p><u>A (D) Internado</u></p>
	<p>Investprev Seguradora S/A</p> <p>26 SET 2019</p> <p>CNPJ: 42.366.302/0001-28</p>
<u>09/10/19</u>	<p>Paciente S.D.S.S. 06 anos, sexo feminino. Internado na unidade próxima ao dx de malabo medial (D). Consciente, orientado, de bom humor, com auxílio cooperativo. Evoluções satisfatórias, com boa cooperação e prudência. AUP em HSE por via. Nega alterações respiratórias, HAS com controle, em uso contínuo de losartano, HCTZ, AAS e glicose. Sem queixas no período. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.</p>
<u>10/10/19</u>	<p>Paciente permanecendo em observação, sem intercorrências no momento.</p> <p><u>Transfere para enfermaria</u></p> <p>ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p><u>PP. Saba</u></p> <p>Mônica Saba</p> <p>Mat. 159934</p>

PROLUNGA
Assinatura do Médico
Paciente S.D.S.S. - 06

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

109 SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

Nº DO
IDENTIFICAD
344522

Nº DO
REGISTRO
279701

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

NASCIMENTO
08/08/1962(58
ANOS)

SEXO
M

RACIA
PARDO

CAOSUS
707402090386779

NOME
ALMIRA ALVES DE SOUZA
SANTOS

DOCUMENTOS

ENDEREÇO
RUA SILVEIRA FILHO 11044 JOQUEI CLUBE
CONTREC

LOCAL RESPONSÁVEL

NI

CIDADE
FORTALEZA

CEP
80.620-055

LOCAL DO ACONTECIMENTO E RESPOSTAS DOS ATENDENTES

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM
JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO E EDEMA
INIBERADO.

TIPO
COLISÃO MOTO X BICICLETA

IDADE
98 (ADULTO)

SINTOMAS

NI

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

TEMPER
NI

TEPO

NI KG

TIPO
C

CLASSIFICAÇÃO

AMARELO

CLASSIF. ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ANEXOS

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALBUMINAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Vitima de Ato violento e trauma
em joelho.

Fratura de Malleolo Medial

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

TIPO DE ALTA SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPL () ANAT. PATOL

Impresso por Bruna Karine Amorim da Costa em 09/07/2019 às 17:47:13
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

João de Deus S. Santos
joão de deus de souza santos

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

P.P. F. Sousa
Mônica Saba
Mat.15984



**Prefeitura de
Fortaleza**

907

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE GARRODO DE OLIVEIRA PARANGABA

108

3188

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

РАБОТА ПЕРИОДИЧЕСКАЯ

1500 DE DEUS DE SOUZA SANTOS

707402080386779

DECEMBER 1978

TALLER DE CREATIVIDAD
 NI
 NIVEL
 FORALEZA
 CEE
 60.520-055

CF

DEFEIENÇIA

CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO E EDEMA MÔBRABB.

NOTA: COLISÃO MOTTO X BICICLETA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

MIC

PRÉSIDENT AMERICO
NUNI
ALERIAS
NEGA

“ଶୁଣ ଯେ”
N1%

2. NE

Ni

AMARELO

BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

CLASSIFICAÇÃO
09/07/2019
17:47:11

426 DE JONGH ET AL.
TRAUMATOLOGIA

THE ENOIM ESTO

STENOPIKIS 14020

www.elsevier.com/locate/jmb

Utilizo de A los productos al tener
en un (1). Investprev Seguradora

doi:10.1017/S0022278X12000517

REF ID: A66091

PRESENCIA MÉDICA

METACABENIO

APRAZAMENTO

1897-1903

TIPO DE ENTREVISTA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.

DESTINO DO COF

Impresso por Joana Karline Amorim da Costa em 09/07/2019 às 17:47:13

Impresso por: bruno karline amorim da costa em 09/07/2019 às 17:47:13

João de Deus S. Santos
JOÃO DE DEUS DA SOUZA SANTOS

mapa de deus da souza 42103

HOSPITAL DISTRICTO DE JOSÉ BARREDO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL.

PP. House
Monica Saba
Mat 15984

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334140/19

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

CPF: 165.869.213-68

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS : 165.869.213-68

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: 26/09/2019
Nome: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
CPF: 165.869.213-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Antonia Daniella Ferreira da Silva