

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, JOSÉ GONÇALVES TONNES, PONTAADA DO
RG 2015 171 980 -7 SSP/CE E DO CPF 135.006.353-34

fui vítima de ATROPELAMENTO ocorrido 14/01/18 venho perante a seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT preventivamente declarar a título de informação que a vítima foi socorrida por populares e, não possuo os documentos abaixo citados:

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil;

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal ou Estadual;

Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares;

Defesa Civil;

Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos;

Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, como carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro DPVAT, apresentei o testemunhas no Boletim de Ocorrência, servindo como prova, conforme preceitua o Artigo 212, III, do Código Civil Brasileiro, e, para tanto, me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder para averiguação da verdade do que ora afirmo.

Código Civil Brasileiro; Artigo. 212 – Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante: (...) III – Testemunha;

Atenciosamente;

MOMBACA, 14 de MARÇO de 2018

Assinatura da Declarante



Recebi em nome da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, por Antonio Hilton Lopes da Costa, 19 de JUN de 2018, em Mombaca (CE), de 14 de MAR de 2018, em testemunho da verdade.

☐ ANTONIO HILTON LOPES DA COSTA - OFICIAL
☒ YANDRA CAVALCANTE COSTA } ESCRIVENTES
☒ SÔNIA REGIA CAVALCANTE COSTA } SUBSTITUTAS
VÁLIDA(S) SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



Registro N.º

91710731320

Digitacao: 21/05/2018 (MARJORIE ROLIM)
Livro: 0 - Pagina: 0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2018

Genio Seguradora S/A,
Av. Dom Luis, 300 - LJ. 147
Fátima - Fortaleza - CE

Enviar para PARTE INTERESADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 21 de maio de 2018, nesta cidade de Tauá, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

MARJORIE SABINO FAÇANHA
BARRETO ROLIM

cremec n. 10.128

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

JOSE GONÇALVES TORRES

a fim de ser atendida a requisição de nº 82 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:15h de 21/05/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando de oitenta anos veio acompanhado de seu sobrinho, Rafael Neto Gonçalves Lopes, para realização de exame para fins de DPVAT.

Relata que em 14/01/2018, às 22:30, na BR 060, estava caminhando em acostamento quando colidiu com uma motocicleta que fugiu do local sem prestar atendimento.

Moradores locais prestaram apoio e encaminharam ao Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo.

Periciando apresenta os seguintes documentos:

1- Boletim de Atendimento datado de 14/01/2018, às 22:40h, assinado por Benedito Teles, CRM 12345, que relata fratura exposta em antebraço/punho esquerdo e cabeça. Por este motivo há o encaminhamento para a cidade de Juazeiro para avaliação com neurologia e traumatologia (Figura 1).

2- Relatório médico do Hospital Regional do Cariri, datado de 23/01/2018 e assinado por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023, em que informa que paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência devido a fratura exposta tempo distal ossos antebraço esquerdo - fratura de baixa complexidade - deverá dar sequência ao tratamento dentro de sua microrregião de saúde (Igualú). Terapêutica utilizada: Rali com placa e parafusos.

Diagnóstico: S62 (fratura de antebraço). Condições de Alta: melhorado. (Figura 5).

3- Receituário de oxetexina 500mg 8/8 horas por 7 dias; cetoprofeno 50mg 8/8 horas por 7 dias e paracetamol 750mg de 6/6 horas se dor - emitido por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023 (Figura 2).

4- Demonstrativo de despesas hospitalares do Hospital Regional do Cariri em um valor total de 16.707, 14 (dezessete mil setecentos e sete reais e quatorze centavos) reais, referente ao parto cirúrgico e Traumatologia I, valor totalmente custeado com recursos públicos (Figura 3).

5- Imagem de radiografia com presença de pinos em punho esquerdo, datado de 19/02/2018 (Figura 4).

6- Declaração emitida por Dra. Jessica Brage, Fisioterapeuta, Crefito 209921-F, informando que paciente encontra-se em tratamento fisioterápico semanal por apresentar sequelas de limitação da ADM e fraqueza muscular em punho e mão esquerda decorrente de um PO de fratura distal de rádio e ulna (Figura 5).

Ap. exame:

Normocorado, cooperativo, orientado.

Presença de cicatriz em antebraço esquerdo, sem sinais de infecção ou processo inflamatório.

Paciente apresenta movimentos de extensão e flexão da articulação do punho esquerdo, bom como preensão palmar esquerda preservada (Figuras 6, 7 e 8).

Ausência de demais lesões de interesse médico-legal.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO - Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou anexo da Lei 5194/74.

21/5/2018 14:13

ASSINADO DIGITALMENTE POR MARJORIE SABINO FAÇANHA BARRETO ROLIM:91710731320

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço: dpvat.pefoce.org.br. Informen código fff52a1a652218a

100
Dr. Marjorie Façanha Rolim
Médica Perita Lévy - PEFOCE
76811122



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Administração Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Contratação do Laudo nº 742570 / 2018 (Lava Dólar) nº 2195/2018

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

IDENTIFICAÇÃO DO CADAVÉR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Data de Morte: _____
Local de Morte: _____
Data de Exame: _____
Local de Exame: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EXAMINADOR

Nome: _____ Sobrenome: _____
Cargo: _____
Data de Exame: _____
Local de Exame: _____

IDENTIFICAÇÃO DO LUGAR DO EXAME

Nome: _____ Sobrenome: _____
Cargo: _____
Data de Exame: _____
Local de Exame: _____

IDENTIFICAÇÃO DO LUGAR DO EXAME

Nome: _____ Sobrenome: _____
Cargo: _____
Data de Exame: _____
Local de Exame: _____



Ass. Mariana Ferreira Belin
Médico Perito Legista - PEFOCE
CRM 10126

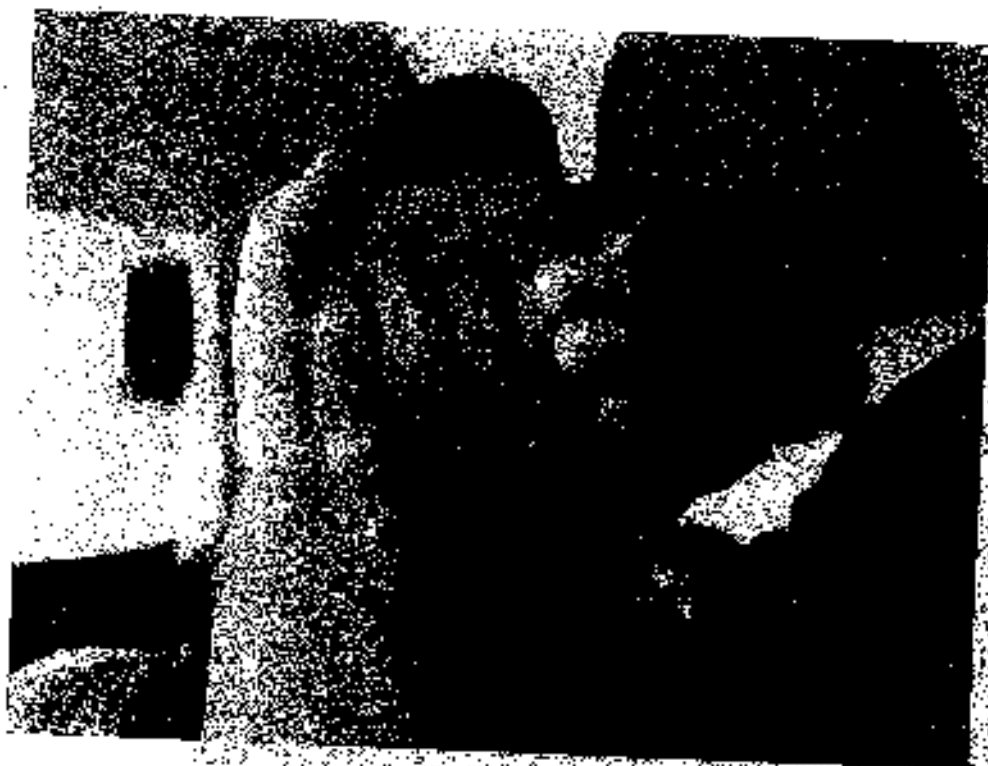


GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas do Tauá

Continuação do laudo N.º 743/2018 L.º de Reg. nº 01/2018



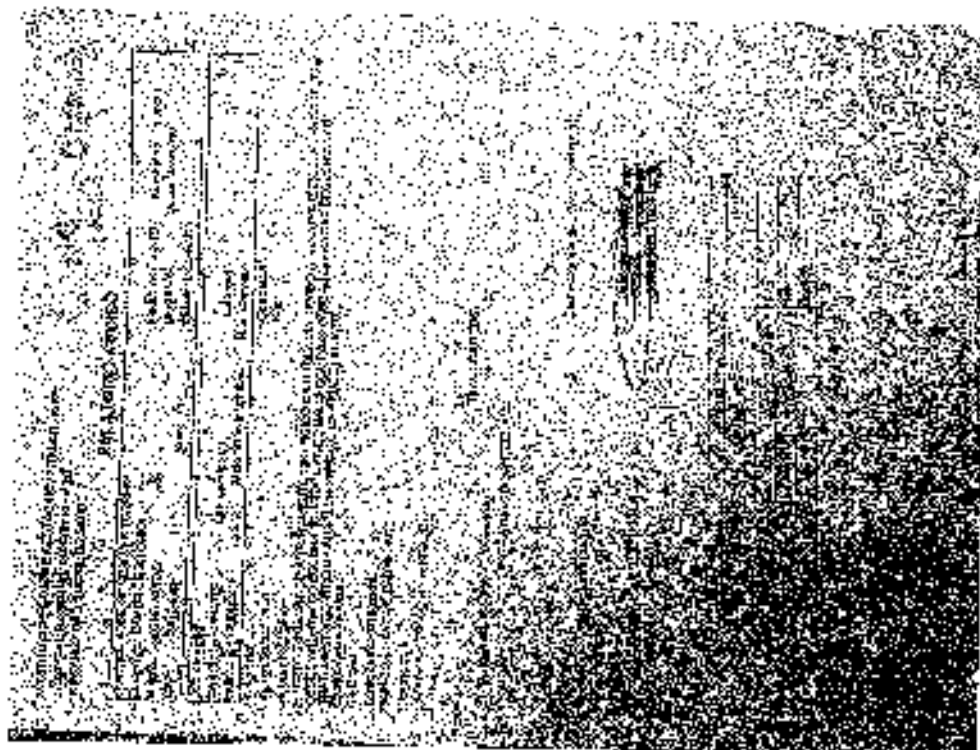
Dr. [illegible] Facanha Pinho
Médico Legal - PEFOCE
[illegible]



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Continuação do Racião N. 743676 / 2018 Livro G Perícia Nº Data 21/05/2018



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018

Gente Seguros S/A.
Av. Dom Luis, 360 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Handwritten signature
Dr. Mariana Figueira Reolin
Médica Perita Legista - PEFOCE
CRM 19126



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social

Policia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Continuação do Laudo N. 7058287/2018 Livro 01 Pagus 1 Data 21/05/2018

Zero, pois não há perda funcional completa do punho esquerdo ou de membros superiores. Pericando ainda em tratamento fisioterápico com boas condições de recuperação.

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

MARJORIE-SABINO FAÇANHA BARRETO ROLIM
CRMSP nº. 10.128.

Mari
Dra. Marjorie Façanha Rolim
Médica Perita Legista - PEFOCE
CRM: 10128





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tatu

Comunicação nº 140470/2018, Livro 1, Folha 0, Data 21/05/2018

UNIDADE DE EMERGÊNCIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018
22 MAR 2018
22 MAR 2018

Gente Seguradora S/A.
Gente Seguradora S/A.
Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147
Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147
Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147

Fortaleza - CE
Fortaleza - CE
Fortaleza - CE

UNIDADE DE EMERGÊNCIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018
22 MAR 2018
22 MAR 2018

Gente Seguradora S/A.
Gente Seguradora S/A.
Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147
Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147
Av. Dom Luís, 300 - Lr. 147

Fortaleza - CE
Fortaleza - CE
Fortaleza - CE

Dr. Manoel Antonio Pêlo
Mônica Fontes Louzada - PEFOCE
CRM 10724

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015171980 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2015

NOME JOSÉ GONÇALVES TORRES

RELACÃO RAFAEL GONÇALVES PAMPLONA

MARIA CANDIDA DE CARVALHO

NATURALIDADE MONDACA - CE

DATA DE NASCIMENTO 08/04/1939

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 02984 FOLHA: 156

LIVRO: B 021 MONDACA - CE

RG: ANT: 224306-81 P.: 193

135.006.353-34

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS TRANSISTÓRICAS

Imagem do titular

Polegar Direito

Não Assina

ASSINATURA DO TITULAR

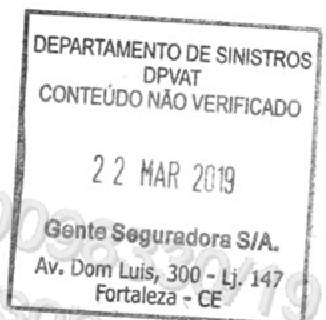
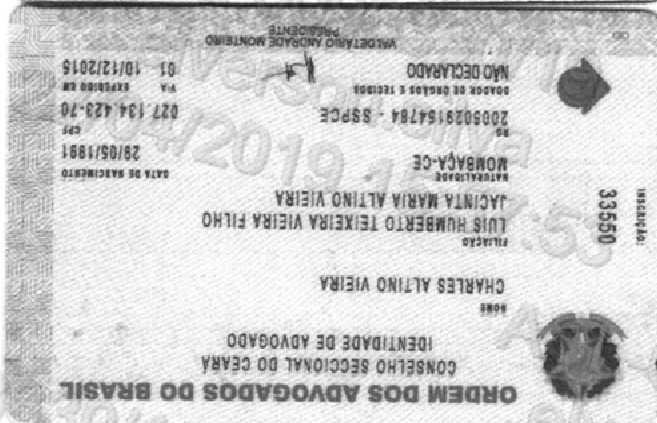
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE



Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015717980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (atropelamento), dia 14/01/2018. Relata procedimento cirúrgico realizado, submetido a tratamento cirúrgico devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta radiografia, 10/05/2019, com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em membro superior esquerdo, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, **COM SEQUELAS DE NATUREZA PERMANENTE, ANATÔMICAS E/OU FUNCIONAL.**

Mombaça, 13 de Maio de 2019

CID S.52
CID S.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBAÇA
HOSPITAL E MAT. ANTONINAA, CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1ª Via Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via Orientação do Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via Orientação do Paciente

Dr. Wlédson Junior R. Baptista
Médico
CRM-CE 17374

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: José L. Tavares

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

① Paracetamol 325 + 325 mg 1cx

1 caixa 1 cp 12/12h

USO EXTERNO

② Protophan Gel 1 tubo

Aplicar 2x ao dia

Data: 10.05.17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Orgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACEUTICO _____

DATA _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

H.M.A.A.C
Jose' GONCALVES Torres
10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

H.M.A.A.C
Jose' GONCALVES TORRES

10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Grande Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 CHARLES ALTINO VIEIRA inscrito (a) no CPF 027 134 423 / 70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GONÇALVES TORRES inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 006 353 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSÉ GONÇALVES TORRES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 006 353 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: REU SOU - SE e apresento os documentos comprobatórios: OAB / CEAMA

☐ 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 JOÃO FERNANDES CASTELO</u>		Número <u>127</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>MOMBACA</u>	Estado <u>CEMA</u>	CEP <u>63.610.000</u>
Email <u>CHARLES VIEIRA ADVOCACIA @ GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 997199426</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 996242205</u>

MOMBACA, 19 de JUNHO de 2018

Local e Data

Charles

Assinatura do Declarante



Nº DO CLIENTE
8110655-6
Para aplicar seu entendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

525938471

Rota 13 14020 01 157600 - 0

Data de Emissão

18/05/2018

Nome CHARLES ALTINO VIEIRA

End. Postal RU JOAO F CASTELO 00127 00127
CENTRO - MOMBACA -

Medidor 7930887

Posta 0000 A49S

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 027134423-70

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 18/05/2018

Data de Apresentação 20/06/2018

Previsão Próxima Leitura

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 75,70

Alíquota 20,00%

Valor do Imposto 20,43

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0893.2077.F90C.01E1.4974.4206.B446.D006

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual 1475

Leil. Anterior 1370

Const. 1,00

Consumo (kWh) 105

Const. Incl. 0,00

Const. Excl. 1,00

Tarifa (R\$/kWh) 0,72192

Valor (R\$) 75,70

18/05/18 18/04/18 30 DIAS

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 75,70
MULTA MORATORIA REF 04/2018 1,33
CORRECAO MONETARIA DO MES 1,18
JUROS DO MES 1,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 12,27

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,90)

VENCIMENTO 25/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,78

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 28,52
Transmissão 3,84
Distribuição 18,24
Encargos Setoriais 4,36
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 23,55
TOTAL 75,70

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

101	105	94	138	109	52	73	85	111	139	96	87	133
MED	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

40,99

0,00

0%

100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso.
Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês Referência 04/2018

Valor R\$ 74,37

Total 74,37

Consta desta fatura R\$ 3,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,74% e COFINS: 3,39%
(Lei n.º 9.250/96 e Lei n.º 10.637/02 e 10.833/03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução
Homologatória ANEEL n.º 2.383/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em
Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: w
www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 8110655-6

Referência: Mai/2018

Data de Emissão: 18/05/2018

Total a Pagar (R\$): 91,78

Nº da Nota Fiscal: 525938471

Nº de Controle: 0008110655 00016 39162 09°

8388000000-3 91780031000-6 00081106550-2 00163916239-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 502 - 751 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/06/2018 09:23:50**Data / Hora da Ocorrência: **14/01/2018 22:30:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO LAGOA DO SITONHO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **MOMBACA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE GONÇALVES TORRES**Nascimento: **08/04/1939** CPF: **135.006.353-34**RG: **20151719807**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA CANDIDA DE CARVALHO****RAFAEL CONÇALVES PAMPLONA**Endereço: **SITIO LAGOA DO SITONHO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **MOMBACA/CE**CEP: **63.610-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava andando pela estrada no sítio Lagoa do Sitonho, quando uma motocicleta colidiu com a sua pessoa; QUE com o impacto o declarante caiu no chão; QUE o motociclista não prestou socorro, onde se evadiu do local; QUE então foi socorrido por populares para o hospital local; QUE em decorrência do acidente o declarante sofreu o que consta nos documentos médicos; QUE podem servir de testemunhas as pessoas de Rafael Neto Gonçalves Lopes RG 2007028081976 SSPDS/CE e Joaquim Marques Gonçalves RG 2000097031225 SSPDC/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X****VISTO DO DELEGADO(A) :****HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE



PREFEITURA DE MOMBACA
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

UNIDADE DE EMERGÊNCIA BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA 14/01/18	HORÁRIO 22:40HS	NUMERO FICHA
------------------	--------------------	--------------

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Goncalves Jones</u>	IDADE 79 A	SEXO M
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Quitio Lagoa do Sitorio</u>	TELEFONE	
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA Mombaca	DOC. IDENTIDADE
NOME DO RESPONSÁVEL:		
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:		

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PACIENTE CHEGOU: <input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL X	PULSO	TEMPERATURA
QUEIXA PRINCIPAL: <u>queda de peso conforme relato o</u> <u>caso, apresentando fratura exposta</u> <u>em antebraço / punho esquerdo</u>				

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: <u>refere de cefaleia. Usa alguns</u> <u>medicamentos.</u>	
EXAME FÍSICO: <u>olhos 18 pupila 150 cm / fotangia</u> <u>ACP: fino e claro PA: 160x80 FC: 80</u> <u>abd. mofo sem ingurgitamento</u>	
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)
<u>Re ostebras Ess / punho Esq.</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	
TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)	

DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> SEM ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO A
<input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> ENF. DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<u>AVILIAÇÃO NEURO - TRAUMATO</u>	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
<input type="checkbox"/> ÓBITO AS _____ HS	HORA DO DIA _____ HS	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
22 MAR 2019		
Gente Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - J. 147 Fortaleza - CE		
ASSINATURA DO MÉDICO		CREMEC

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190286963
Nome do(a) Examinado(a): Jose Goncalves Torres
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Lagoa do Sítio, 83
Zona Rural Mombaca CE CEP: 63610-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2015171980-7
Data local do acidente: [14/01/2018]
Data local do exame: [20/05/2019] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA ANTEBRAÇO/PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE RÁDIO E ULNA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO COM FIXADOR COM PLACAS E PARAFUSOS.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 15/04/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE DO PUNHO COM DESVIO ANTERIOR, COM CICATRIZ CIRÚRGICA POSTERIOR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFORMIDADES DO PUNHO ESQUERDO COM PERDA DE FORÇA DE APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA, COM PERDA DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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


Gutemberg Marques F. Filho
Cirurgião Geral
CRM 6087



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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286963 **Vítima: JOSE GONCALVES TORRES**

Data do Acidente: 14/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01517/01518 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14314881

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos
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: JOSE GONCALVES TORRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000758-7

Conta: 000010012737-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GONCALVES TORRES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00758-7

CONTA: 000010012737-1

Nr. da Autenticação A42EB148158DEF60

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286963

Cidade: Mombuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do acidente: 14/01/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA ANTEBRAÇO/PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE RÁDIO E ULNA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE DO PUNHO COM DESVIO ANTERIOR, COM CICATRIZ CIRÚRGICA POSTERIOR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM PÓS-OPERATIVO SEM INTERCORRÊNCIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/05/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

135.006.353 - 34

Nome completo da vítima

JOSÉ GONÇALVES TOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE GONÇALVES TOMES		CPF titular da conta 135.006.353-34	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO LAGOA DO SITIONIO		Número 83	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade MOMBACA	Estado CEARA	CEP 63.610-000
Email			Telefone (DDD) (85) 996242205

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0758

D/V

7

CONTA

NRO.

12.737

D/V

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

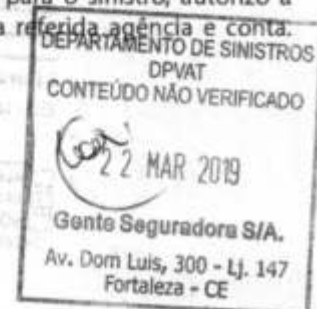
(Informar dígito se existir)

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

MOMBACA 14 de MAIO de 2018

Local e Data

JOSE GONÇALVES TOMES



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CHARLES VIEIRA

ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ GONÇALVES TORRES, brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº. 2015171980-7 SSP/CE e inscrito no CPF sob nº. 135.006.353-34, residente e domiciliada no Sítio Lagoa do Sítionio, 83, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

OUTORGADO: CHARLES ALTINO VIEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado do Ceará, sob o nº 33.550, email charlesvieiraadvocacia@gmail.com, com escritório profissional situado na Rua João Fernandes Castelo, 127, Centro, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **JOSÉ GONÇALVES TORRES**.

Mombaça, 14 de Março de 2018



José Gonçalves Torres



OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



Reconhecer a(s) firma(s) *José*
José Gonçalves Torres
em nome de *seguradora*
Mombaça (CE) 19 de JUN 2018
Em testemunho _____ da verdade.
☐ ANTÔNIO HILTON LOPES DA COSTA - OFICIAL
☐ YANDRA CAVALCANTE COSTA - ESCRIVENES
☐ SÔNIA REGIA CAVALCANTE COSTA - SUBSTITUIÇÃO
VÁLIDA(S) SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135719/19

Número do Sinistro: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

CPF: 135.006.353-34

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: JOSE GONCALVES
TORRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: CHARLES ALTINO VIEIRA
CPF: 027.134.423-70

CHARLES ALTINO VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: Marilangela Lima Ferreira
CPF: 810.099.413-72

Marilangela Lima Ferreira

Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015717980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim atendimento, Hospital de Mombaça, 14/01/2018 às 22:40h, que relata **FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO, PUNHO ESQUERDO** e cefaléia.

Apresenta relatório médico do Hospital Regional do Cariri, 23/01/2018, relata procedimento cirúrgico realizado, "submetido a tratamento cirúrgico devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço. Rafi com placa e parafusos."

Apresenta radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em membro superior esquerdo, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, **COM SEQUELAS DE NATUREZA PERMANENTE, ANATÔMICAS E/OU FUNCIONAL.**

Mombaça, 22 de Abril de 2019

CID S.52
CID S.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000

Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000

Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015171980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim de atendimento em unidade hospitalar, Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo, Mombaça, Ceará, entrada 14/01/2018 às 22:40h, que relata fratura exposta em antebraço, punho esquerdo e cefaléia.

Apresenta relatório médico do Hospital Regional do Cariri, 23/01/2018, assinado por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023, em que informa que o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço esquerdo. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta uma radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

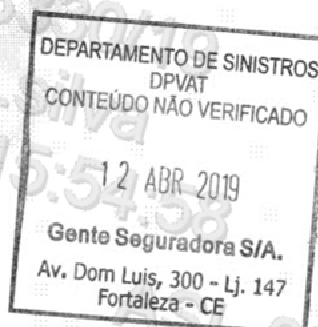
Apresenta uma cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em um dos membros superiores, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, com seqüelas de natureza permanente, anatómicas e/ou funcional, limitação da ADM e fraqueza muscular em punho e mão esquerda.

Mombaça, 05 de Abril de 2019

CID S.52
CID S.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."



PREFEITURA DE MOMBACA
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

UNIDADE DE EMERGÊNCIA BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA
14/04/18

HORÁRIO
22:40HS

NUMERO FICHA

NOME DO PACIENTE:	JOSE GONCALVES JONES	IDADE	SEXO
ENDEREÇO DO PACIENTE:	Sítio Lagoa do Sítio	79A	M
NATURALIDADE:		TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL:		PROCEDÊNCIA	DOC. IDENTIDADE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:		Mombaca	

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PACIENTE CHEGOU:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL		X		
QUEIXA PRINCIPAL:	dor de cabeça no topo da cabeça, após trauma físico exposto em antebraço / punho esquerdo.			

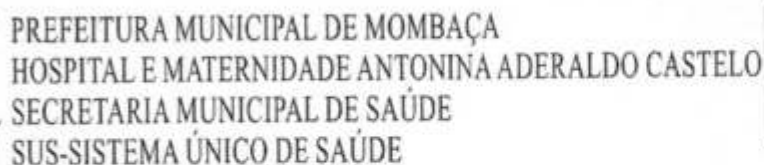
ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	referido de cefaleia. Não utiliza medicamentos.		
EXAME FÍSICO	Aglor. 15 pulso 150 com / f. 80 ACP. normal PA: 160x80 FC: 80 Obd. normal sem ing. de m. e Ext. normal		
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)		
	Re. antebraço / punho Esq.		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:			
TRATAMENTO / CONDUITA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)			

DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> SEM ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO A
<input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> ENF. DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	AVALIAÇÃO NEURO - TRAUMATO.	
<input type="checkbox"/> ÓBITO AS _____ HS	HORA DO DIA _____	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI

ASSINATURA DO MÉDICO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 MAR 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147 Fortaleza - CE	CREMEC
----------------------	--	--------



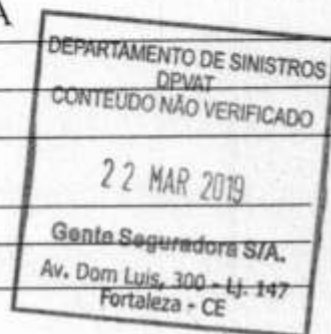
- 1- Preencher esta ficha em 3 vias
- 2- Ao terminar a Consulta ou tratamento, entregar 02 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 3 via a unidade de origem.

NR 16440003834

AGENDAMENTO

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg);"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 22 MAR 2019 Gentle Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147 Fortaleza - CE </div>	
Município:	Prontuário:	Alta:	
RESUMO CLINICO			
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>			
RESULTADO DE EXAME: _____			
DIAGNÓSTICO:			
Principal _____	CID _____		
Secundário 1 _____	CID _____		
Secundário 2 _____	CID _____		
PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO			
O Problema Justificou a Transferência?	() Sim	() Não	
O Motivo da Referência coincide com o Diagnóstico?	() Sim	() Não	
Ass. Do Consultante - nº Registro	Função	Data	Hora



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE GONCALVES TORRES

Endereço: LAGOA DE SITONIO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63618-000

Num: 1

Idade: 78 ano(s) 9

Prontuário: 156324

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: MOMBAÇA

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 04

Leito: 413

Internação 15/01/2018

15:12

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA TERÇO DISTAL OSSOS ANTEBRAÇO ESQUERDO -FRATURA DE BAIXA COMPLEXIDADE - DEVERA DAR SEQUENCIA AO TRATAMENTO DENTRO DE SUA MICRO REGIAO DE SAUDE (IGUATU).

Exames Realizados

RX E LAB

Terapêutica Utilizada

RAFI COM PLACA E PARAFUSOS

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO



Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 23/01/2018

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: RODRIGO DE ARAUJO ROBERTO

Data: 23/01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

Agendamento		
Dr. Kluge	Acio x	
Data: 19/02/18	Data: 19/02/18	Data:
Hora: 13:00	Hora: 10:30	Hora:
Código 81687	Código	Código

Paciente: Jose Gonçalves
 Médico: 24/03/18
 Especialidade: 30-45 dias
 Horário: 13:30h Data: 7/1
☐ Seg ☐ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sáb
Rua Carlos de Paula Garcia, 154 - CEP: 83041-182 - Jardim do Niterói - Fátima (18) 3556-3080
 Hospital marcado com caracteres próprios governamentais de todos hospitais e centros de saúde

CRELITE

Ex:
 PA
 Se: 1/1
 Im: 1/1

PULSO

Lin DCM / Lin DCM / Id ID
 W:4096 L:2048

HOSPITAL REGIONAL DO CARIR

JOSE GONCALVES TORRES

1939 Apr 08 M 156324

Acc

2018 Feb 18

Ass Tm 08:34:59 359

DEPARTAMENTO DE SIMISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 2-2 MAR 2019
 Gento Seguradora S/A
 Av. Dom Luis, 300 - LJ. 1-17
 Fortaleza - CE

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH
INSTITUTO SOCIAL DE GESTÃO HOSPITALAR



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE João Gonçalves Torres
PERMANECIU INTERNADO NESTE HOSPITAL DO DIA 15/01/18 ATÉ A DATA ATUAL,
ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO; NECESSITANDO DE
60 (sessenta) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS A PARTIR
DA DATA DO INTERNAMENTO.

CID S.525

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

JUAZEIRO DO NORTE, /01/2018

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 24/01/2018 06:28:35

Do(a) Sr(a): JOSE GONCALVES TORRES

PRONTUÁRIO nr: 156324

ATENDIMENTO nr: 406914

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 15/01/2018 a 24/01/2018.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CENTRO CIRURGICO	03:53	R\$ 2.739,46	R\$ 10.957,84
TRAUMATO-ORTOPEDIA I	10 dia(s)	R\$ 574,93	R\$ 5.749,30

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 16.707,14**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos

Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC



MARCAÇÃO DE RETORNO- NAC

NOME: *João Gonçalves Torres*

MARCAR NO **NAC** O RETORNO NO AMBULATORIO DA
TRAUMATOLOGIA EM PRIMEIRA DATA DISPONÍVEL APOS A ALTA.



JUAZEIRO DO NORTE, *13* /01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
RM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

19/02/18

SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HRC
SOLICITAÇÃO DE REDIOGRAFIA PARA RETORNO AO
AMBULATORIO EGRESSO

PARA: José Gonçalves Torres

EXAMES: RX punho AP e P

P=756324

P.V=08/04/1939

PS: REALIZAR EXAME ANTES DO RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO

JUAZEIRO DO NORTE 23 /01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO



19/02/18
10:30

433

Paciente:

José Gurgelino Torres

Rx

USO ORAL:

* Cefalexina 500mg _____ 28 comprimidos
Tomar 01 comprimido de 6/6h, por 07 dias.

6:00; 12:00; 18:00; 24:00

2. Cetoprofeno 50mg _____ 01 caixa

Tomar 01 capsula de 8/8h - 07 dias

8:00; 16:00; 24:00

3. Paracetamol 750 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 6/6hs, se dor.

Juazeiro do Norte,

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

CNPJ/MF - 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - Juazeiro do Norte-CE
CEP 63.041-162 - Telefone: (88) 3566-3600

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Genta Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE