

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, JOSÉ GONÇALVES TONES, portador do RG 2015 171 980-7 SSP/CE e no CPF 135.006.353-34
fui vítima de ATROPELA ME NTO ocorrido 14/01/18 venho perante a seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT preventivamente declarar a título de informação que a vítima fui 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 na Espanha

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;

de Vias públi
Defesa Civil

Aviso de Sinistro em Seguradora do Brasil

Outro documento que evidencia 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:

MONTAGA, 14 de MARÇO de 2018

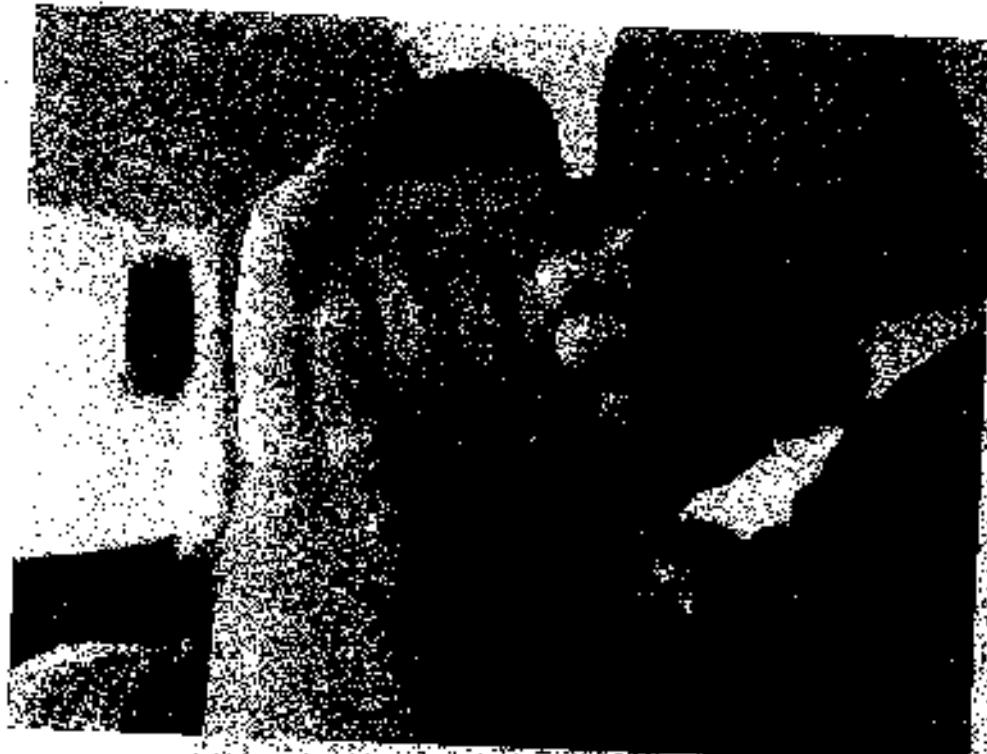
Assinatura da Declarante

Comunicação de Caso N° 742576 / 2018 - Data de Envio 01/06/2018



Ass. Marcella Carriama Soárez
Núcleo Perícia Legal - PEFOCE
01/06/2018

Conclusão de laudo n.º 742704-2018-L-00000000000000000000



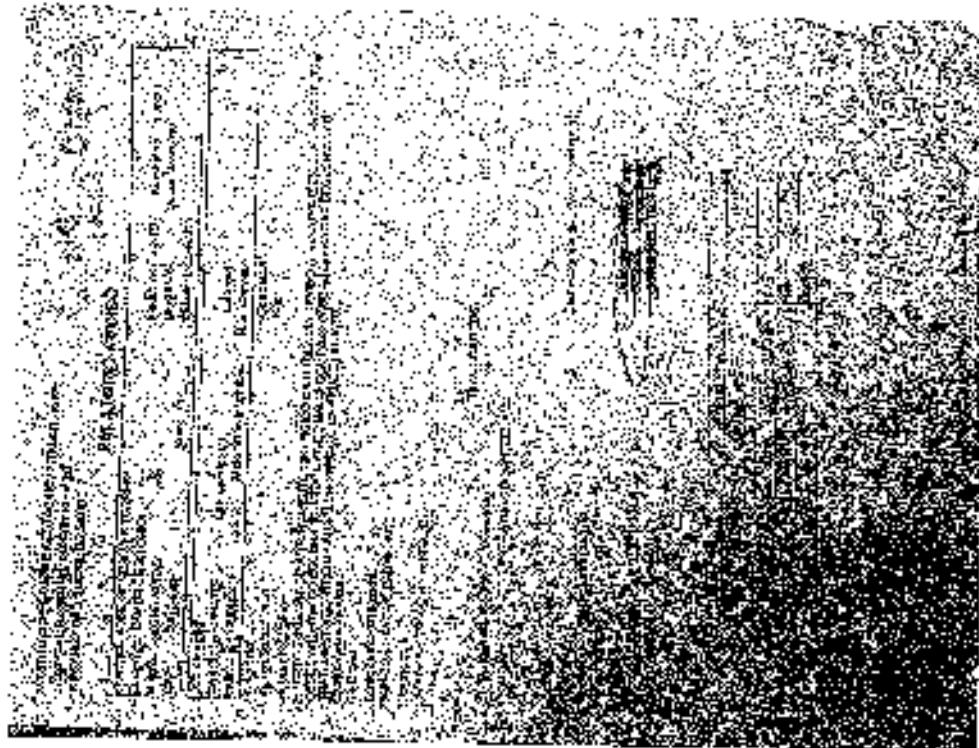
Sgt. Fábio Fárcaria Rollo
Núcleo de Lesões - PEFOCE
Tauá - CE - 05/05/18



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 Tauá

Comunicação de Baixa N. 743970 / 2018-UNP/0 Perito(a) Data: 21/05/2018



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018

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

ML
Dr. Magno Firmino Reis
Núcleo Perita Legal - PEFOCE
CMT 43126



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

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

Copyright © 2010 by Pearson Education, Inc. All rights reserved.

Zero, pois não há perda funcional completa do punho esquerdo ou de membros superiores. Periciando, ainda em tratamento, Reabilitação com base em linhas de recomendação.

Nada mais levando a repetição, encerro este posto que, dentro de lista, é sólido e confortável, assim...

MARJORIE SABINO FÁCANHA BARRETO ROLIM
Processo n. 10.128.

Dra. Marlene Fagundes Ribeiro
Médico-Perito Legista - PERNAMBUCO
CRF-10122

2023-06-07 13:13

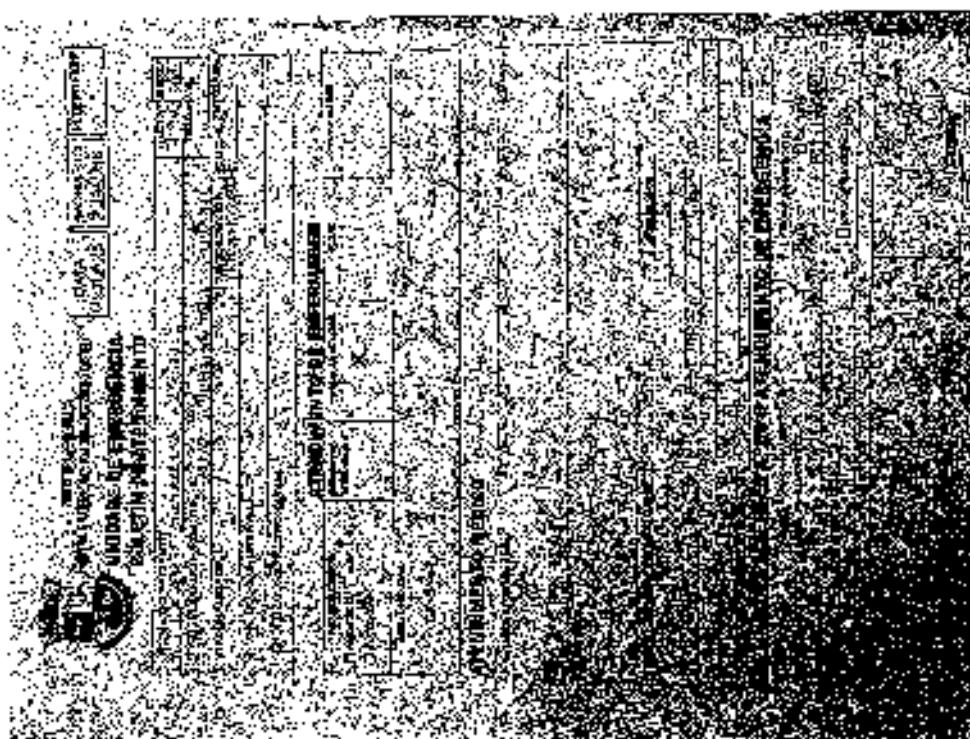


GOVERNO DO
ESTADO do CEARÁ

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordinación de Medicina Legal - COMEL

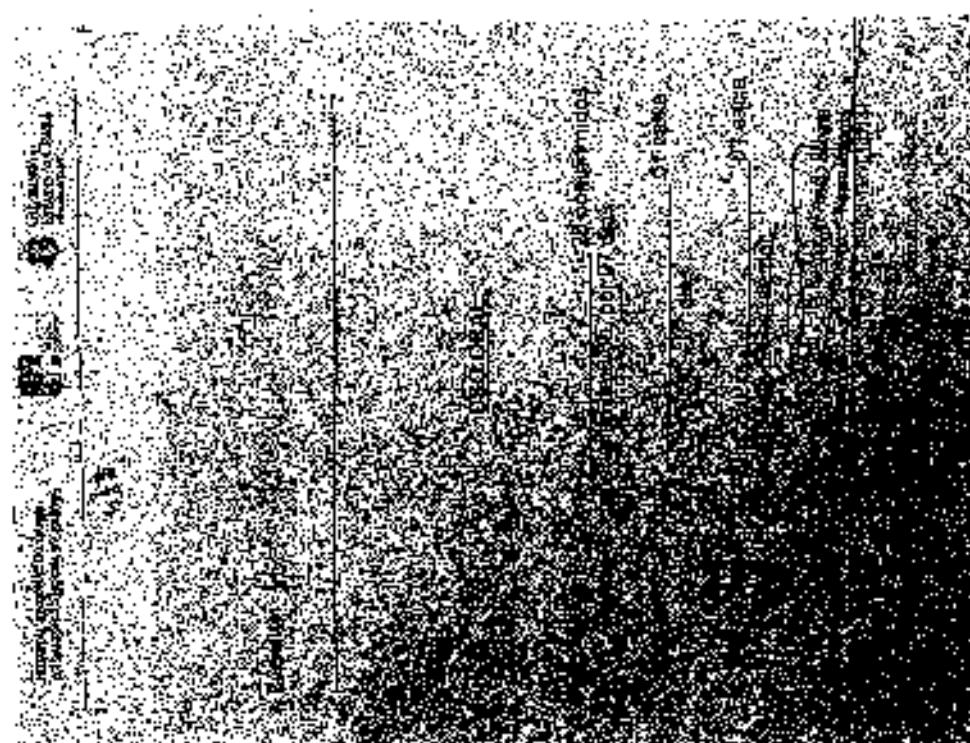
Núcleo de Pericias Médicas e Odontológicas de Taubaté



DEPARCAMENTO DE SINISTROS
DIFAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22 438 276

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



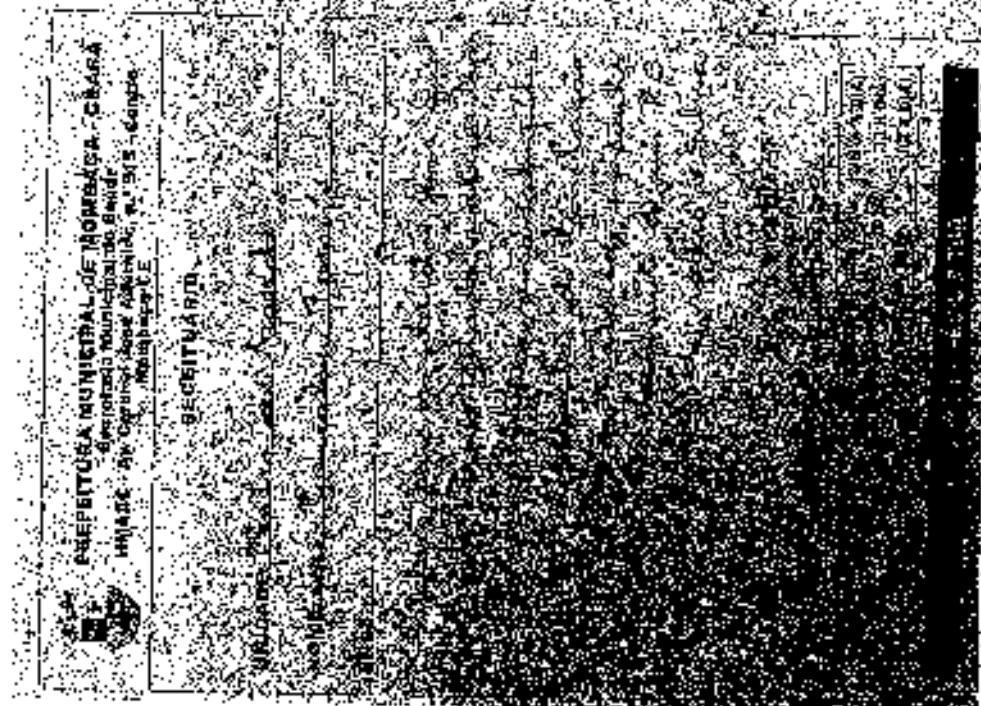
Dra. Marlene Mendonça P. M. U.
Bianca Costa Lealina - PECCE
CRA-10-23
3 de 7



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Desenvolvimento Social
- Políticas Sociais

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

Protocolo de 16/05/2018 10:46:16 - 20180001999-1999-20180516



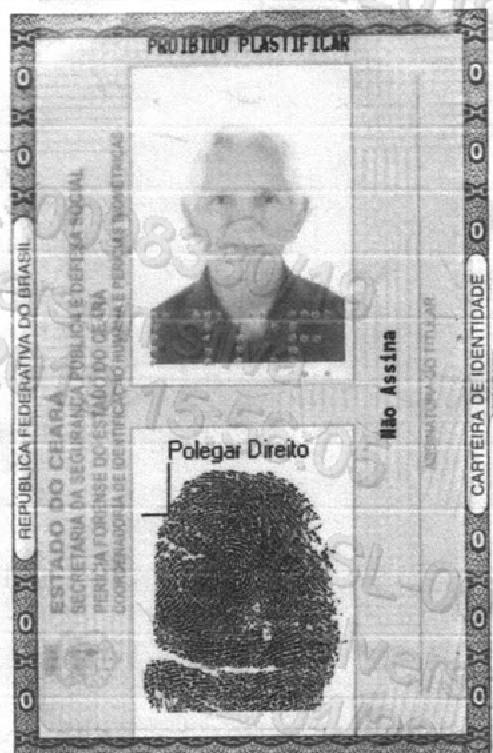
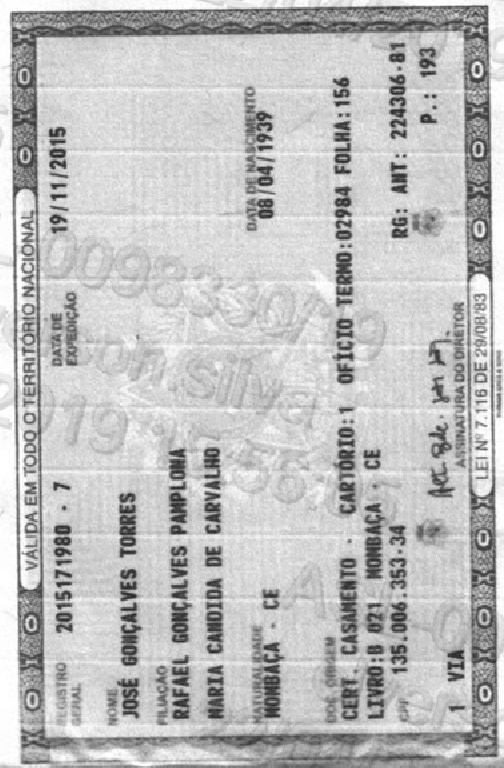
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTÉUDO NÃO UTRIPULADO

22 MAI 2018

Denis Deguanduba G.A.
Av. Dom Luís, 309 - Lj. 147
Fortaleza - CE

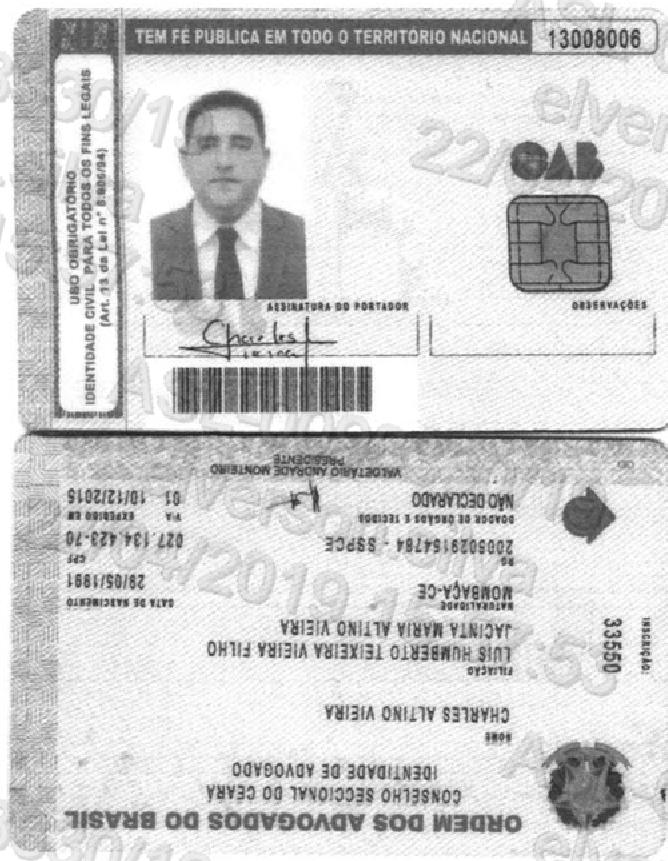


Dr. Magno Almeida Reim
Sócio Faria Lima - PEFOCE
CRM/CE 1024



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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

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 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 antebraco. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta radiografia, 10/05/2019, com sinal de placa metálica parafusada, antebraco 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

"Atender, entender e acolher."



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBAÇA
HOSPITAL E MAT. ANTONINA A. CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

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

CRM: _____ UF: _____ N°: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

JC. Welson Junior R. Baptista
Médico
CRM-CE 17374

Paciente: José L. Tavares

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

① Fumaryl 225 - 275 mg - 1 CX

7 onças 1 cp 12/12/17

USO EXTERNO

② Prophan 600 - 1 tabo

Alívio 2 x dia 10/10/17

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 Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

H.M.A.A.C

Jose' Goncalves Tavares

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

José Gonçalves Torres

10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Geóto 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 027 136 423 / 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 INVALIDEZ 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 / CEARÁ

Recuso informar

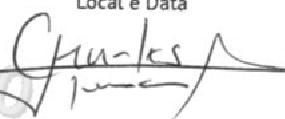
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua José FERNANDES CASTELO</u>	<u>127</u>	
Bairro <u>CENTRO</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>63.610.000</u>
Cidade <u>MOMBACÁ</u>		
Email <u>CHARLES VIEIRA ADVOGACIA @ GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(88) 99719 9426</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 99629 2205</u>

MOMBACÁ, 19 de JUNHO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante



Nº DO CLIENTE

8110655-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
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 08.105.848-3

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

CGF

RG / CPF / CNP 027134423-70

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
4/1/2018	18/05/2018	20/06/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
75,70	27,00%	20,43

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0893.2077.F900.01E1.4974.4206.8446.0006

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MOMBACA

Mês Mar/2018

BUSD 31,06

Pacote Básico

Ajustado P

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
DIC	5,19	16,38	20,77	0,00	7,27	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Consist. Consumo (kWh) Conta. Incr. Conta. Falt. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

F	1475	1370	1,00	105	0,00	105	0,7192	75,70
---	------	------	------	-----	------	-----	--------	-------

18/05/18 18/04/18

30 DIAS

105 75,70

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	75,70
MULTA MORATÓRIA REF 04/2018	1,33
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,18
JUROS DO MES	1,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,27
- INDUSTRIAL 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	3,24
Distribuição	16,24
Encargos Sistelais	4,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	23,55
TOTAL	75,70

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
101	105	94	138	109	52	73	65	111	139	96	87	133
MED	Mês											

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Coerência Ecológica (%CO₂)

40,99 0,00 9%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Notifico(a) Cliente, consta(m) 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 414/18, Arts. 172 c/c 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.

Consta desta fatura R\$ 3,12 referente a PIS e COFINS. As taxas: PIS: 0,74% e COFINS: 3,39% (Base: R\$ 100,0000 - ANEEL - Ieia n. 10.637-02 + 10.833-03)

Informo que a tarifa foi readjustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.380/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 1000wh (quilowatt·hora). Informações: www.aneel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano N.º da Conta R\$

04/2018 74,37

Total 74,37

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO22 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

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*

83880000000-3 91780031000-6 00081106550-2 00163916239-6

Nº DO CLIENTE
3306341-9

Para agilizar seu atendimento, 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 Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE P-4 | Nº 509517427

Rota 33 14028 05 208000 - 3 Data de Emissão 18/01/2018
Nome JOSE GONCALVES TORRES
End. Postal ST LAGOA DO SITONIO 00083
NORTE A DIREITA - HONBACA - 63610000
Medidor 14168793 Poste 0000 C89N
Classe 04-RURAL HONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 00000000000022430681 CGF

Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Jan/2018 18/01/2018 17/02/2018 Conjunto: HONOFASICO

Mês Nov/2017 ESG: 25,00

Padrão Individual: DIC: 1,00 P: 0,00 A: 0,00 Apurado Individual:

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto ISENTO

DIC: 1,00 P: 0,00 A: 0,00

FIC: 0,00 P: 0,00 A: 0,00

DMIC: 0,00 P: 0,00 A: 0,00

0,00 P: 0,00 A: 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Falt. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

11989 11821 1,00 168 0,00 168 61,12

18/01/18 19/12/17 30 DIAS 168 61,12

VALOR (R\$) 61,12

0,84

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 10/2017

61,12

0,84

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49

22/04/2019 15:58:49



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 502 - 751 / 2018

459158
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:

22/04/2019 15:53:05
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:

22/04/2019 15:53:05
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 :

22/04/2019 15:53:05
JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X*

VISTO DO DELEGADO(A) :

22/04/2019 15:53:05
HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22/04/2019 15:53:05
22 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 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 22:10 HS NÚMERO FICHA ASL-0098330/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Jose Gonçalves Gomes</u>	IDADE	<u>79</u>	SEXO	<u>M</u>
ENDEREÇO DO PACIENTE:	<u>Sítio Nagua do Sítio</u>				TELEFONE
NATURALIDADE:	<u>Momhaua</u>				PROCEDÊNCIA
NOME DO RESPONSÁVEL:					DOC. IDENTIDADE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					

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: Ondade de nuto corpare volta o
caso i apresentado que fui exposta
em outubro / pmh esq. e feche

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	<u>refer do cefaleia. Naja alguma</u> <u>medicamentos.</u>	
EXAME FÍSICO	<u>elyps = 15 pmh 150 cm / fator 1</u> <u>ACP fisiolog PA: 160x80 FC: 80</u> <u>Obd. 2m s/ sra iug. 43 mm</u>	
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	<u>ext. prof. f</u> RESULTADO (S) <u>Re outubro 15 / pmh 60?</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:		

TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)

DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

- RESIDÊNCIA SEM ENCAMINHAMENTO
 INTERNADO ENF. DE EMERGÊNCIA
 TRANSFERIDO PARA HOSPITAL
 ÓBITO AS HS HORA DO DIA

- ENCAMINHAMENTO A
 UTI CLÍNICA

DEPARTAMENTO HS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019	
Gente Seguradora S/A, Av. Dom Luis, 300 - L. 147 Fortaleza - CE	

CREMEC

ASSINATURA DO MÉDICO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190286963
Nome do(a) Examinado(a): Jose Goncalves Torres
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio 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 URNA.

- 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

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

(X) Sim **Não**

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

DEFORMIDADES DO PUNHO ESQUERDO COM PERDA DE FORÇA DE APRENSÃO 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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


Guterlberg M. F. Filho
Cirurgião Geral
CRM 5087

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: INTERRUPÇÃO 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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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 médica-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



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, 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:** Mombaça **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 URNA.

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

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM PÔS-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 TONNES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE GONÇALVES TONNES	CPF titular da conta 135.006.353-34	Profissão AGRICULTOR
Endereço SITIO LAGOA DO SITONIO	Número 83	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade MOMBASA	Estado CEAN
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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

7

12.737

X

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGENCIA

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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

MOMBASA, 14 de MARÇO de 2018

Local e Data

José Gonçalves Tonnes

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 Sitonio, 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

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

CARTÓRIO COSTA

José Gonçalves

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



Reconhecer a(s) firma(s) José Gonçalves por
autenticidade.
19 JUN 2018
Mombaça (CE)
Em testemunho _____ da verdade.

ANTONIO HILTON SÓPES DA COSTA - OFICIAL
 YANDRA CAVALCANTE COSTA } ESCREVEDORES
 SÔNIA REGIA CAVALCANTE COSTA } SUBSTITUTAS
ÁLIDO(A) SOMENTE COM O SÉLO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: JOSE GONCALVES TORRES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CHARLES ALTINO VIEIRA

Marilangela Lima Ferreira

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 2015717980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclistico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim atendimento, Hospital de Mombaça, 14/01/2018 às 22:40h, que relata **FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇÃO, 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 antebraco. Rafi com placa e parafusos."

Apresenta radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraco 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 ABR 2019
Centro Sinistral SIA

Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."

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.

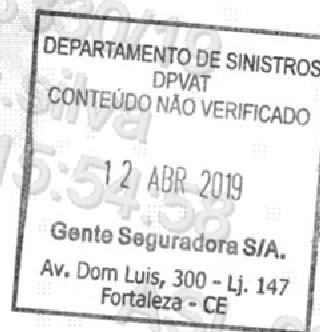
Apresenta uma cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo.

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, anatômicas 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
22:10HS

NUMERO FICHA

NOME DO PACIENTE:	Jose Gonçalves Gomes	IDADE	79	SEXO	M
ENDERECO DO PACIENTE:	Citô Dagua do Sítio	TELEFONE			
NATURALIDADE:	Mombasa				DOC. IDENTIDADE
NOME DO RESPONSÁVEL:					
ENDERECO DO RESPONSÁVEL:					

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: ouro de dor no corpo volta o				
caso é apresentado que tem exposição				
em antebraço/punho esq. e dor				

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: referindo cefaleia. Naja alge-
medicamentos.

EXAME FÍSICO	ACR. fisiolog. PA: 160x80 FC: 80
OB. 1m02cm sem lesões	Ext. mf. d. h.
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)
Re orofaringe / punho esq.	

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 type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	AVAILAÇAO NEURO - TRAUMATO	
<input type="checkbox"/> ÓBITO AS ____ HS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI

ASSINATURA DO MÉDICO	22 MAR 2019	CRÉDITO
	Gente Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - L. 147 Fortaleza - CE	CREMEX



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBACA
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 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.

FICHA DE REFERÊNCIA

NR 16440003834

Unidade de Origem:	HMA		
Distrito Sanitário:	182		
Nome	José Lencalva		
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento	21/03/1988	
Endereço:	57 Largo da S...		
Motivo do Encaminhamento:	Avaliação		
Resultado dos Exames:	negativo		
Conduta já Realizada	Finalizado		
Impressão Diagnóstica:	Finalizado		
Ass. Do Médico - Nº Registro	Médico	19/01/18	Função Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento	<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico
Procedimento:	AVALIAÇÃO		
Unidade de Referência:	PROFESSOR - DR. JOSÉ LENCALVA		
	Função	Data	Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Município:	Prontuário:	Alta:	22 MAR 2019
RESUMO CLINICO			
RESULTADO DE EXAME:	Gesta Seguradora S/A, Av. Dom Luis, 300 - B. 147 Fortaleza - CE		
DIAGNÓSTICO:			
Principal	CID		
Secundário 1	CID		
Secundário 2	CID		
PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO			
O Problema Justificou a Transferência?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
O Motivo da Referência coincide com o Diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Ass. Do Consultante - nº Registro	Função	Data	Hora

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE GONCALVES TORRES

Endereço: LAGOA DE SITONIO

Idade: 78 ano(s) 9 Prentuário: 156324

Bairro: ZONA RURAL

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

CEP: 63618-000

Num: 1

Cidade: MOMBAÇA

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 04

Leito: 413

Internação 15/01/2018

15:12

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saida: 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 ANTEBRAÇO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRAÇO



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. Klenger	Reis *	
Data: 19/02/18	Data: 19/02/18	Data:
Hora: 13:00	Hora: 10:30	Hora:
Código 81687	Código	Código

ISGH | Instituto de Radiologia do Cariri

Paciente: Jose Gonçalves
 Médico: 21/03/18
 Especialidade: 30-45 dias
 Horário: 13:30h Data: 7/1
 () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sáb

Rua 1002 da Praia Grande, 554 - CEP: 63141-002, Jardim do Norte/CE - Telefone (86) 3566-3180
 Hospital mantido com recursos públicos provenientes de lotes rifados e sorteiações

CRELITE

Ex:

PA

Se. 1/1

Im. 1/1

PULSO



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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
 JOSE GONCALVES TORRES

1939 Apr 05 M 156324

Acc

2018 Feb 19

Acc Tm: 08:34:59 359

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Lj. 132
 Fortaleza - CE

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE
GLOBAIS



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 *José Gonçalves Torres*
PERMANECEU 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 - FETO 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





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI

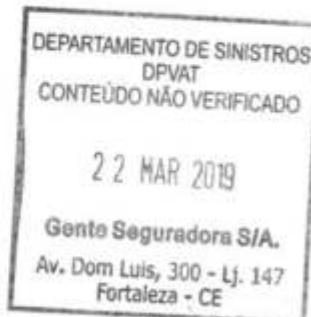


Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MARCAÇÃO DE RETORNO- NAC

NOME: *José Berugalho Torres*

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



JUAZEIRO DO NORTE, *26/01/2018*

*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

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

PARA: José Gonçalves Torres

EXAMES: RX punho AP e P

P=156324

D.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

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

19/02/18
10:30

453

Paciente: José Gengalino Torres

Rx

USO ORAL:



1. 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