

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WAQR.20.00171983-1** em **24/11/2020 09:23:17**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Aquiraz
Processo : 0051018-18.2020.8.06.0034
Protocolo : WAQR.20.00171983-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 24/11/2020 09:23:17

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados [Exibindo todos documentos](#) [>>Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição* : 2769115_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Documentação : 2769115_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

Downloads

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

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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190675409 **Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

Data do Acidente: 17/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

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

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

Recebedor: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000317

Conta: 000004505-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15263440

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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
03.495.393-07		Elverson dos Santos Alves	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: Elverson dos Santos Alves		CPF: 03.495.393-07	
Profissão: recuso	Endereço: RJ Enseada Velha	Número: 0	Complemento: Avenida
Bairro: Tijuca	Cidade: Aevisor	Estado: CE	CEP: 61700-007
E-mail:		Tel.(DDD): (61) 98508-8157	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Aevisor 26/07/18
 Nome:
 CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:
 CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 207 - 2446 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:29:29**

Data / Hora da Ocorrência: **17/08/2019 01:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 61.700-000, FAGUNDES - AQUIRAZ/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

Nascimento: **02/12/1981** CPF: **012.495.393-07**

RG: **99015022764** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**

Filiação: **LENITA DOS ANJOS ALVES**

RAIMUNDO ALVES DA SILVA

Endereço: **RUA ORACIO BENTO DE FREITAS**

Bairro: **TAPERA**

Município: **AQUIRAZ/CE**

CEP: **61.700-000**

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

INFOMA O DECLARANTE; QUE TRAFEGAVA PELA CE 040 NA LOCALIDADES DE FAGUNDES EM SUA MOTO HONDA CG 125 DE PLACA OSS-3759, COE PRETA, ANO 2014 E NESSA OCASIÃO FOI ATROPELADO POR UM AMBULÂNCIA DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS POR CAUSA DO IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA ONDE FOI FICOU INTERNADO, POR CAUSA DO ACIDENTE TEVE UMA FATURA NO TORNOZELO DA Perna ESQUERDA E TEVE QUE PASSA POR UMA CIRURGIA QUE AS TESTEMUNHAS FORAM AS PESSOAS DE NOME FRANCISCO ROMÁRIO DOS SANTOS SILVA E REGILANE DOS ANJOS ALVES. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCA MARIZA ALVES - MAT.: 023340-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Elenilson dos Anjos Alves*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

CRDOS

DOCUMENTOS

Nº RESPONSÁVEL

SG

UF
CE

Nº DO PRONTUÁRIO
5157991

Nº DO BE

365592

SEXO

M

RACOR

PARDO

NOME MÃE

LENITA DOS ANJOS ALVES

NASCIMENTO
02/12/1981(37 ANOS)

ENDRÉCIO
RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1

CEP
(65) 09112-0496

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

COLIGE/CA

QUEIXA
PACIENTE REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO
SINTOMAS
APRESENTA EDEMA EM MIE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NAO

SENAIS VITais

SATOS
NI%

PULSO

NI

COLEIRA

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
AMANDA CAVALCANTE MAIA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
17/08/2019 12:26:43

ÁREA DE ATENDIMENTO
01 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ANEXOS

ATENDIMENTO MÉDICO

*Amada do Tornozele
Roberto*

RAJADAS/ETICO

CDR-1 - COLEIRA

DO

EXAMES SINDICADOS:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

R de si (p A1/01)

16 de Tornozele e AP/01

Mais BOMA

DR. AMANDA CAVALCANTE

*Dr. Claudio Martins
Traumatologista
CRM-CE 13338-9001 6720
RG 1.1635*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DA ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por AMANDA CAVALCANTE MAIA em 17/08/2019 12:26:43

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

*Amada do Tornozele
Roberto
05/10/19
577-624*

04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Ceará

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00317

CONTA: 00000004505-9

Nr. da Autenticação 2EDD3BEC4211DA74



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **574945973**

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeviria, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002.

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Rota 34 020009 50 077000

Medidor

Poste

Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA
Endereço Postal

9559648

00000 0

Nº DO CLIENTE

2200371

1

VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,65

End. da Unidade
Consumidora

VL DOS PAGOES 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

RG / CPF / CNPJ 900.815.443-91

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

29379

29275

1

104

0

104

DESCRÍCÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

19/06/2019

19/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8718.F893.6141.0D12.06F9.EF5.7BA6.CC39

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
80,78	27%	21,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)

-0,23

13,10

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

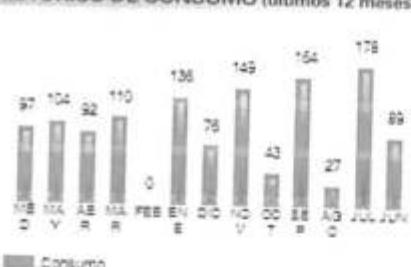
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

DIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	1,27	16,75	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,86			1,27		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **2200371-1** Nº da Nota Fiscal: **574945973** Total a Pagar (R\$): **93,65**
Data de Emissão: **29/05/2019** Referência: **MAI/2019** Nº de Controle: **0002200371 00223 4346 2 94**

838600000000-0 93650031000-7 00022003710-8 02234346259-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno Melo Vito Martino

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 66.330.137.07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elenilson dos Santos Alves Inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.495.393.07,

do sinistro de DPVAT cobertura Travessia da Vítima Elenilson dos Santos Alves,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.495.393.07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Viés 605 apto 7</u>	Número:	<u>0</u>	Complemento:
Bairro:	<u>01 Taboão</u>	Cidade:	<u>Aracaju</u>	Estado:
E-mail:			<u>(SE)</u>	CEP: <u>61400-000</u> Tel.(DDD): <u>(71) 3252-8117</u>

Local e Data: Aracaju - 07/11/19

Bruno Melo Vito Martino

Assinatura do Declarante

CEP: 60.864-810
Av. Júlio Mário Thomaz Coelho 1579
HOSPITAL DISTITAL EDMILSON
GARROS DE OLIVEIRA
515931
04.885.197/0001-2-05

ELLENILSON DOS ANJOS ALVES

593-C24

Início de turno: 08:00h - Fim de turno: 17:00h - Data: 17/08/2019 12:26:43
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

() DESESSA MEDICA () A PEDIDO () EVASAO () TRANSFERENCIA () INTERMAGAO () OUTRO: () ATE 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATO

Caracter: - ASSISTENCIAL 50% MEDICO ESPECIALISTA

DATA

ALAVES

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

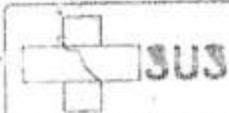
04/08/2019

DR. CLEBERIO HARTLUS

INTERNAÇÃO: 04/08/2019 00:01 6726

DEPARTAMENTO: 04/08/2019 00:01 6726

TIPO DE ALTA/SALIDA

Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ELENILSON JOSÉ Anjos Avels

6 - N° PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

02/12/1981

9 - SEXO

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

(envelope) Anjos Avels

11 - DDD - 12 - FONE DE CO-PI

12 - ENDERECO: RUA, N°, BAIRRO

RUA Univer Univas 281 Retiro
Fortaleza

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fração do Pombinho. C

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Mico de corujinha

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (REGISTRADOS DE 100% MÉR (REALIZADAS)

Anamnese + D

Rac + P

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSADA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL

Fração do Pombinho

Dra

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dra Cláudia Martins

25 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

CNS

CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

CNS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Cláudia Martins
CRA-CE 001 6726

33 - CNPJ DA SEGURODORA

34 - CNPJ DA EMPRESA

35 - CNPJ DA EMPRESA

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - DESEMPREGADO

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

54 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

55 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

57 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

58 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

59 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

61 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

63 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

64 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

65 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

66 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

67 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

69 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

71 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

72 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

73 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

75 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

76 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

77 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

78 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

79 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

81 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

82 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

83 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

85 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

87 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

89 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

90 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

91 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

93 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

94 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

95 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

96 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

97 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

99 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

100 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

101 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

102 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

103 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

104 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

105 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

106 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

107 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

108 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

109 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

110 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

111 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

112 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

113 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

114 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

115 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

116 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

117 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

118 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

119 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

120 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

121 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

122 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

123 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

124 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

125 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

126 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

127 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

128 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

129 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

130 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

131 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

132 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

133 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

134 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

135 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

136 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

137 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

138 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

139 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

140 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

141 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

142 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

143 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

144 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

145 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

146 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

147 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

148 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

149 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

150 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

151 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

152 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

153 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

154 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

155 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

156 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

157 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

158 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

159 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

160 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

161 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

162 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

163 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

164 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

165 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

166 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

167 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

168 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

169 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

170 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

171 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

172 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

173 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

174 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

175 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

176 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

177 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

178 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

179 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

180 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

181 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

182 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

183 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

184 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

185 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

186 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

187 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

188 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

189 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

190 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

191 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

192 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

193 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

194 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

195 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

196 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

197 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

198 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

199 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

200 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

201 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

202 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

203 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

204 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

205 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

206 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

207 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

208 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

209 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

210 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

211 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

212 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

213 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

214 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

215 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

216 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

217 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

218 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

219 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

220 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

221 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

222 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

223 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

224 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

225 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

226 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

227 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

228 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

229 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

230 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

231 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

232 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

233 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

234 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

235 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

236 - VÍNCULO COM A PRE



PACIENTE	ELENILSON ^{20/08/2010} ANTONIO ALVES, 37A		
DATA OPERAÇÃO	20 / 08	ENFERMAGEM	LEITO: 60
2º AUXILIAR:	Dr. LEONARDO VENESSO ^{20/08/2010} GILBERTO DO PRADO ROCHA	1º AUXILIAR:	Dr. MAURO
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA	DRA. SAMIRE	TIPO DE ANESTESIA: RAQUI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	FRATURA TORNozELO ESS + LESAO LIGAMENTAR AGUDA		
TIPO DE OPERAÇÃO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	O MUSMO		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:	NAO		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	SIM		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	NAO		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGENS: SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPI- ASCEMAS

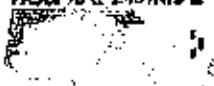
- 1- PACIENTE EM DECLÍNIO DORSAL SUB EFEITO ANESTÉSICO
- 2- ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS + F. ESMACH
- 3- INCISÃO LONGITUDINAL NA LATERAL DO TORNozELO ESCORVADO
EM TOPOGRAFIA DE FRATURA
- 4- DISSECCAO POR PLANOS
- 5- VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
- 6- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA TERCEIRA
CNA E OS PARAFUSOS OSTEOTÍCOS, SUCÍVIO DEIS DESSES
TRANSIÇÃO DESMOIDAL PARA REPARAR A SINDESMOÍDE (LIGAMENTO)
- 7- CONTROLE RADIOGRÁFICO
- 8- SÍNTESSE POR PLANOS + RAFIA DE PELLE + CURATIVO
- 9- RETIRADA FAIXA DE ECRUCH
- 10 - ENCAMINHAMENTO PARA SA

04.05.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Centralista Tomaz Coelho, 1573
Cep. 60.864-810
Ceará
Gráf. HDEBO - Desc. Oper-003

Grauivo
15 JO 15

AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL DISTRITAL



Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiofotogica: _____

Nome: Clemerson Inácio Alves

Diagnóstico: Fract. Frx

Data: _____ Médico: Deonilson

Auxiliar: _____ Enfermeira: _____

Redução sob anestesia: _____

Realizada: _____ após o acidente: _____

Voltar em: 31/10/119 às 6:30 horas
Voltar em: 10/110/119 às 6:30 horas
Voltar em: 01/110/119 às 6:30 horas
Voltar em: 15/110/119 às 6:30 horas
Voltar em: 05/111/119 às 6:30 horas
Voltar em: _____ às _____ horas



R Relato/pw M. Silveira
Relato, para ordenar férias, junto ao DPOAE,
que o Dr. Clenilson dos Santos Alves, 38a,
informa que o seu paciente, o trânsito, em
14.08.19, a teor fratura multiple de fêmulo
E, no 1/3 distal da fêmulo E; submeteu-se
a osteosíntese, mobilizações para higiene
e fisioterapia; recebeu alta definitiva em
22.11.19, com as seguintes sequelas:
desmineração de trânsito E; c/ edema residual;
restabilizada de ação do fêmulo; blocos de
flexo-extensão do fêmulo; com compromisso
funcional permanente em 60% do
trânsito.

Fortaleza.

16/12/19

578/23

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CRM 619448608-15

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 160^oE-mail: adroaldoaragao@hotmail.com
Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

CONSULTÓRIO:

Rua Tiburcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
CEP: 60125-100

Solicitação de Reanálise

Eu, Elenilson dos Anjos Alves

Portador(a) do RG, 99015022764 e CPF do nº 018.495.393-07

reanálise de meu processo de invalidez permanente de numero de sinistro 3190675409.

visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO de perícia e consequentemente efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Aovim (c) 16 de 12 de 2019

ATT, Elenilson dos Anjos Alves

REGISTRO
GERAL 99015022764DATA DE
EXPEDIÇÃO 11/08/2014NOSSO
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

FILHO(A)

RAIMUNDO ALVES DA SILVA

LENITA DOS ANJOS ALVES

NATURALIDADE

AQUIRAZ - CE

DATA DE NASCIMENTO
02/12/1981

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:6933 FOLHA:214V
LIVRO:A-VIII AQUIRAZ - CE
CPF:012.495.393-07

2. VIA

Assinatura do Diretor

P.: 7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PREGA-PORNESE DO ESTADO DO CEARÁ
CONCEPÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO FOTOGRÁFICA E FÔRUMS ESTATUTÁRIOS

Polegar Direito



Elenilson dos Anjos Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014419498630
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 1007279190 0000000000 2018

HOME
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

AQUIRAZ

CPF / CNPJ
01249539307

PLACA ANT / UF
/CE

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KG

CAP / POT / CIL.

2P/OCV/124CC

COTA ÚNICA

I
P
V
A

PAÍSA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

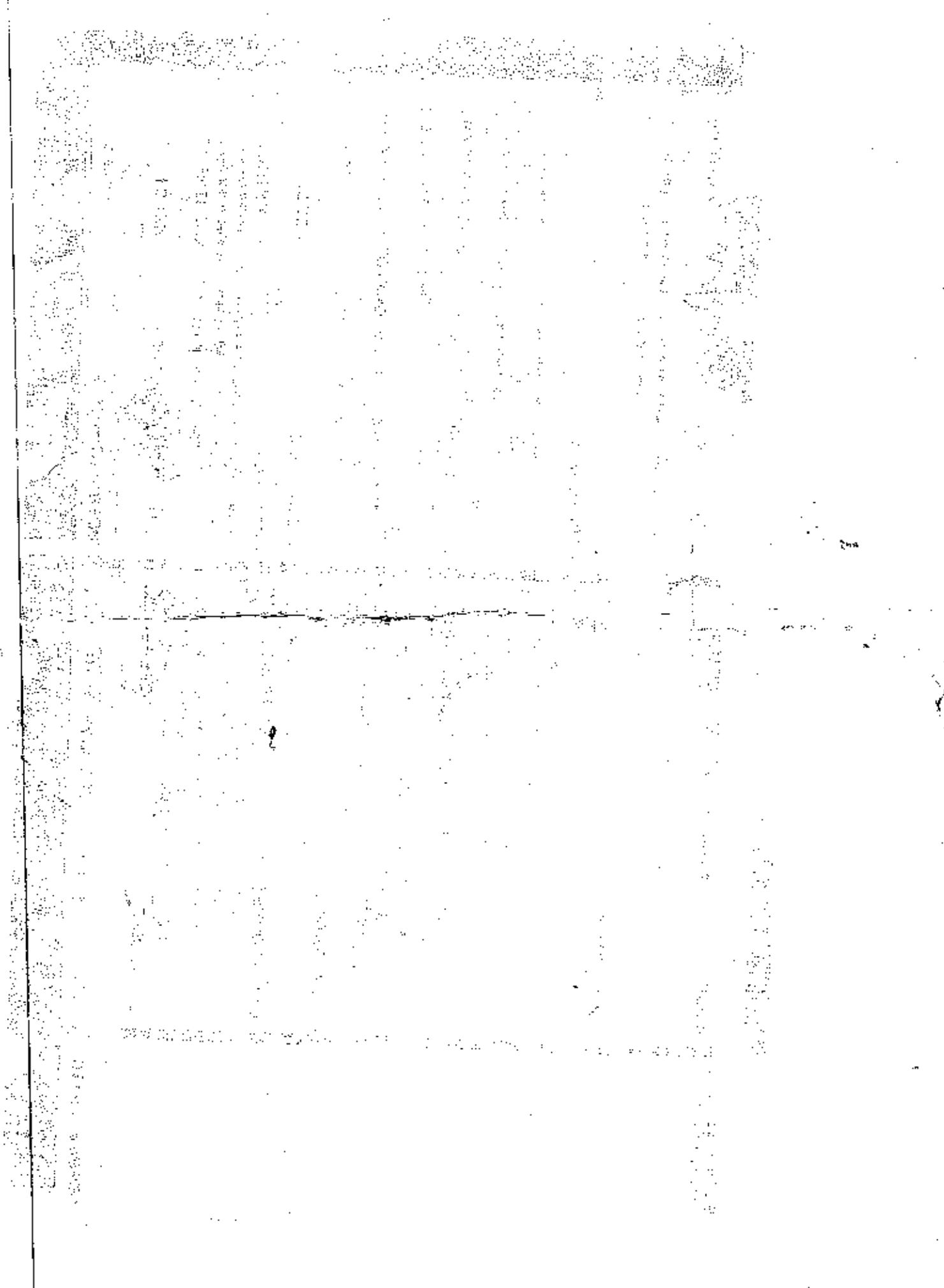
*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***

*** / *** / ***



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675409 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.3
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elenilson dos Anjos Alves, Brasileiro (a)
Estado Civil recusou, Profissão recusou Inscrito com o Nº de RG:
99.0150.22764 e CPF: 012.495.793-07 Residente e
domiciliado(a) à rua PV ENGENHO VELHO
Nº: 0 Bairro: DT Tapera Cidade: Aquiraz
Estado: CE CEP: 61700-000 Fone: (85) 98677-4117

OUTORGADO: Bruno messias monteiro
Inscrito com o Nº de RG:
e CPF: 606.330.133-07 Residente e domiciliado na: Vila das Palmeiras
Nº: S/N Bairro: DT Tapera
Cidade: Aquiraz; Estado: Ceará

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Elenilson dos Anjos Alves, ocorrido em 17/01/19, de natureza da cobertura Trasalidez.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (CE), 27 de 11 de 2019
CARTÓRIO PATACAS

X Elenilson dos Anjos Alves
OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
ELENILSON DOS ANJOS
ALVES.

Distrito de Palacas 27 NOV 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wantuil da verdade
Wantuil Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador



CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431525/19

Número do Sinistro: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

CPF: 012.495.393-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/08/2019

Titular do CPF: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: BRUNO MESQUITA MONTEIRO
CPF: 606.330.133-07

BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA