

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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

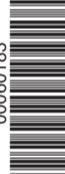
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190641620

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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 ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003604**

Conta: **0000022523-5**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

181 753 613-72 | 4 - Nome completo da vítima:
José Antônio Roberto Jacomme

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua 003

6 - CPF:

181 753 613-72

11 - Bairro:

Sem Bairro

12 - Cidade:

Marcionópolis

13 - Estado:

MG

15 - E-mail:

14 - CEP:

61910-000

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3604

CONTA: 22523

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu(nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

18/11/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019807892



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 121 - 452 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/11/2019 10:00:57**
Data / Hora da Ocorrência: **01/05/2019 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PARQUE CENRAL, TIMBÓ - MARACANAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)
Nome: **JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA**
Nascimento: **05/07/1978** CPF: **811.753.613-72**
RG: **96018021527** Orgão Emissor: **SSP CE**
Filiação: **MARIA APARECIDA NOBERTO JACAUNA**
NÃO TEM
Endereço: **RUA RUA 03, 70 CONJ. HABITACIONAL**
Bairro: **PAJUÇARA**
Município: **MARACANAU/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CEP: 61.933-350**
Telefone: **(85) 98551-1569**

Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 FAN, ANO 2007/2008, COR PRETA, PLACA HYQ4862, que está em nome de JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA, pela avenida parque central quando a corrente de sua moto quebrou e travou a roda traseira, vindo a cair ao chão; Que na queda, quebrou a clavícula e populares o levou para o Hospital ABEMP, em Maracanaú; Que esta registrando este b.o para dar entrada no seguro DPVAT. e nada mais disse!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO CÉSAR CAMPOS SÁ - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JAELEN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

181 753 613-72 | 4 - Nome completo da vítima:
José Antônio Roberto Jacomme

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua 003

6 - CPF:

181 753 613-72

11 - Bairro:

Sem Bairro

12 - Cidade:

Marcionópolis

13 - Estado:

MG

15 - E-mail:

14 - CEP:

61910-000

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 3604

CONTA: 22523

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasdutor(a) falecido(a)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 00000022523-5

Nr. da Autenticação 4B750E49C9A0D742

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é medida pela Lei nº 10.408
de 26 de abril de 2002.

enel

2010237

Para solicitar encerramento da conta é só entrar
sempre que quiser em canal de contato.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | N° 020980343

Rota MA101U13 - 169800
Nome MARIA EVIRIADIA SANTOS SOUZA
Endereço RUA 00003 CONJ HAB PAJUWARA 00070, SEN. BAIRRO
2600-100, 61910-000, MARACANAÚ
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifaria BI RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO
8459802354154NEBSE1406SERFIC

DATAS DE LEITURA 25/10/2019
Anterior 03/09/2019 Atual 03/10/2019 Período precedente 05/10/2019

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Período	Lit. Atual	Lit. Anterior	Consumo	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Pat. (kWh)	Tarifa FSA/kWh	Valor R\$
F	10.270	10.236	1.00	140	100	0,72648	122,16

Referência 10/2019
Emissão 03/10/2019
Medidor 2107840-FAE-006

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATORIOS	-	13,41
ADICIONAL BAND. ANARELA	0,00197	0,72
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04930	0,28
CONSUMO	0,72648	103,16

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	110,44	27,00	29,81
PIS	110,44	0,03	0,03
COFINS	110,44	0,14	0,13

10/10/2019	129,57
CONSUMO CONSCIENTE	
EMISSÃO DE CO ₂ kg/kWh. Consideram-se suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	0,00
Emissão kg CO ₂ / Comprimento kg CO ₂ / Consistência Ecológica	0
55,43 0,00	
CPF/CNPJ 620.210.103-25	

PREVIO AVISO NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2010/09 valor R\$122,16). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172), e o envio das ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000002010237.
Periodos: Band Tarif.: Monetária 04/09 - 10/09 anormal: 01/10 03/10



ATENDIMENTO AMBULATORIAL

05

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro 28591
Nome: JOSÉ ARTEMÍZIO NORBERTO JACAUNA		CNS: 700.108.906.951.413	
Idade: 40 anos 9 meses 27 dias		Data Nasc.: 05/07/78	
Nome da mãe: MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA		Nome do pai:	
Endereço: 03		Nº 70	
Bairro: PAJUCARA		Município: MARACANAÚ	
RG: 96018021527 96018021527	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial		Telefone Comercial
	8585933134		
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 01/05/19		Hora 16:02:15	
Médico: PAULO ELYEL FROTA PONTE		CRM: 9314	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 70		Situação:	
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente refere: "pele e mto" pic

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

pr + lige e elat - P

EXAMES SOLICITADOS

Reclamado C7 fax elanc-16P

+1 ame P

DIAGNÓSTICO

CID: 0903090120

PROCEDIMENTO

fxl elanc P - 162

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ

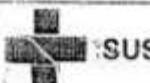
Paulo Elyel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

*F COMISSÃO REVISORA DO FICHTURARIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSTUCAÇÃO BENEFICIÁRIO HOSPITAL DE PAJUCARA
CNPJ 06.587.011/0001-06
MARACANAÚ/CE 05/05/2019*

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Walter J. L.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante
Associação Beneficente Médica Pajuçara

Nome do Estabelecimento Executante
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES
2372150

CNES
2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUNA		Cartão Gestante	Nome Social	Nº Prontuário 28599
Número Nacional de Saúde (CNS) 700108906951713		Data de Nascimento 05/07/1978	Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Raca / Cor PARDA
Nome da Mãe MARIA APARECIDA NORBERTO JACAUNA				E-mail
Nome do Responsável				DDD 85 Telefone de Contato 85933134
Município de Nasceremto FORTALEZA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) 03	
Nº 70	Barrio PAJUCARA	Município de Residência MARACANAÚ	Código IBGE do Município 2307650	UF CE CEP 61910000
Ponto de Referência		Documento	<input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil	<input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorar
			RG 98018021527	

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Pelos debitos

Condições que Justificam a Internação

*COMPLEXO HOSPITALAR
CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DE PAJUCARA
ISMO DE TRAUMATOLOGIA
CAPITÃO D. GOMES 06/05/2019*

PK

Principais Resultado(s) de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial

CID 10 Principal CID 10 Secundário CID 10 Causas Associadas N° Notific. Compromissaria

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento

Código do Caráter de Internação
 Urgente Electivo

Clinica
TRAUMATOLOGIA

Leito Complementar

Equipamentos Requeridos para Internação

ENFER/GERAL/TRA1 16

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante

WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

Documento

CPF

CNPJ da Seguradora

CNPJ da Empresa

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

27993485991

Nº do Conselho de Classe

7841

Data da Solicitação

03/05/2019

Assinatura e Carimbo do Profissional ou/ou N° do Conselho de Classe

Data Expedida para Internação

03/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

AC DE TRÂNSITO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

ACID. TRABITÍPICO

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

AC TRAB /TRAJETO

CBOR

Vínculo com a Previdência Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

Não Aplica

Nome do Profissional Autorizador

Documento

CPF CNS

Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

Data da Autorização

1 / 1

Código do Órgão Emissor

M230765001

Nº Registro Cons. da Classe

Ass. do Autorizado/Carimbo

O. Avelino Pinto
e
Walter Cândido de
Melo Pinto
Anestesiologista

Walter Cândido de
Melo Pinto
CRM - CE 7841

Walter Cândido de
Melo Pinto
CRM - CE 7841

H. Pinto e Pinto
Dra. Walter Cândido de
Melo Pinto

Walter Cândido de
Melo Pinto
CRM - CE 7841

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo



Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.



Convênio:SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú
Fone: (85) 9 8705-3716

D



HOSPITAL ABEMP
acidente: JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACUNA
CONV. SUS
DATA: 01/05/2019
11-23-11
61.8%
Tecnico: TR THAYNARA
28591

E

Paciente: RODRIGO FREIRE NEVES
CONV. SUS
HOSPITAL ABEMP

28382 Técnico: TR JESILA
DATA: 30/04/2019 06/07/22
811 %

D

Paciente JOSE ARTEMIZIO NORBERTO JACAUANA
HOSPITAL ABEMP CONV. SUS

28591
DATA: 01/05/2019

Técnico: TR THAYNARA
112311
Têm. real



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

SOLICITO:

1) FISIOTERAPIA 40 SESSÕES

HD: FRATURA NO OMBRO DIREITO

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CEC 18005

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro CEP 60.025-061 - Fone 3255-5000



NOME: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF:

3712801 CTPS CE

CM: 811.753.613-72 DATA NASCIMENTO:

05/07/1978

MUNICÍPIO:

MARIA APARECIDA
NOBERTO JACAUNA

PENALIAÇÃO: ACC: CATNIS: A

Nº REGISTRO:

04239246860

VALIDADE:

02/06/2020

1ª HABILITAÇÃO:

27/11/2007

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO.

zau - abraço mundo - zama

AUTENTICAÇÃO DO PORTADOR:

LOCAL:

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO:

01/08/2019

José Vny - 2/17

1000 HABERMEIERLOS PORTA

ASSINATURA DO SINDUSC

63481362845

CE171839129

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1780130909

1780130909

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014329356014

MCAS	VIA	COD. RENAVAM	PNTRC	EXERCÍCIO
01	951123700	0000000000	2019	
JOSE ARTEMIZIO ROBERTO JACAUNA				

MARACANAU/CE				
CPF/CNPJ		PLACA		
81175361372		HTQ4862		
PLACA ANT/UF *****/CE		CHASSI 9C2UC30708R066121		
ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		COMBUSTÍVEL GASOLINA		
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN		ANO FAB. 2007	ANO MOD. 2009	
CAP/POT/CL 2P/DCV/124CC		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA *****		VENC. COTA UNICA *****	VENC./COTAS 1 ^a *****	
FAIXA IPVA ***		PARCELAMENTO/COTAS *****	2 ^a *****	
			3 ^a *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11		IOF (R\$) 0.32	PRÉMIO TOTAL (R\$) 84.43	DATA DE PAGAMENTO 19/07/2019
RESERVAS				
MARA CANAU				
Local: MARACANAU				
Local: MARACANAU				
Data: 08/08/2019				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190641620 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA
JACAUNA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 3,4.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

Vitima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Titular do CPF: JOSE ARTEMIZIO
NOBERTO JACAUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA
CPF: 811.753.613-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402686/19

Vítima: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

CPF: 811.753.613-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2019

JOSE ARTEMIZIO
NOBERTO JACAUNA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA : 811.753.613-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA
CPF: 811.753.613-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

JOSE ARTEMIZIO NOBERTO JACAUNA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA