

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01824429-8** em **21/01/2021 15:39:31**.
- 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.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0272058-74.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01824429-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 21/01/2021 15:39:31

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2779451_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2779451_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200369211

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000001048**

Conta: **0000034351-6**

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 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
052.517.823-65 Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSP. Nº 405/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 7849 10 - Complemento: —
11 - Rua: Tr. Sucupira
12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 85 42422-3351

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

CONTA POUPLANÇA (somente para os bancos abaixo. Apenas uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6

(informar o digito se existir)

(informar o digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o digito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização mensal do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recontingendo e dando, desde já e imediatamente após a elevação do crédito, quaisquer total de valores credenciados.

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pretendida, caso necessário, as instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prestar 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tem filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima casou-se: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tem irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/idos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem à instituição esta condição, estando ciente, ainda, de que omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 09 de Outubro de 2020.

Rafael dos Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

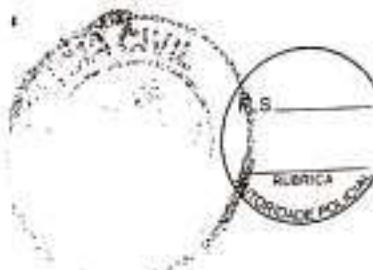
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1383 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 15:40:08**
Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2020 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV IMPERADOR C/ AV. DOMINGOS OLIMPIO, CENTRO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**
Nascimento: **05/12/1991** CPF: **052.517.823-65**
RG: **2003012001592** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO**
JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA
Endereço: **TRAVESSA SUCUPIRA, 879**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9912-1158**

Dados do(s) Veículo(s)

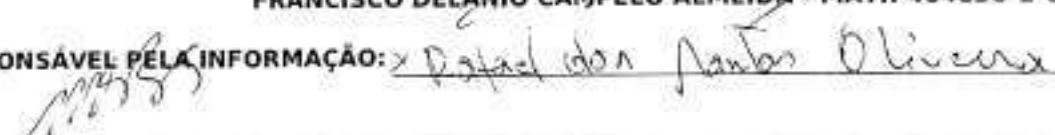
1) Placa: **OSF5982** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110DR413067 Renavam: **535427689** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano:
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MAGNO SILVA DE MENEZES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSF-5982 NA AV. IMPERADOR NA FAIXA DA ESQUERDA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA (PARANGABA). E NADA MAIS DISSE. //////////// OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
Rafael dos Santos Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1383 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) : *MCS*
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
052.517.823-65 Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSP. Nº 405/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 7849 10 - Complemento: —
11 - Rua: Tr. Sucupira
12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 85 42422-3351

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

CONTA POUPLANÇA (somente para os bancos abaixo. Apenas uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6

(informar o digito se existir)

(informar o digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o digito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização mensal do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, recontingendo e dando, desde já e imediatamente após a elevação do crédito, quaisquer total de valores credenciados.

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pretendida, caso necessário, as instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prestar 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tem filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima casou-se: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tem irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos	Falecidos	nascido(falecido)	tem irmãos?	Vivos	falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem à instituição esta condição, estando ciente, ainda, de que omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 09 de Outubro de 2020.

Rafael dos Santos Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

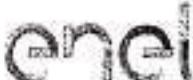
CONTA: 000000034351-6

Nr. da Autenticação 2BBB67AC95805F31

9663420

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 Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 061026555

Rota FOK1/U16 - 310200

Referência 04/2020

Nome RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço TR SUCUPIRA, 00879, GRANJA PORTUGAL, 60110-000,
FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

6801742701396064764906246

Emissão 24/04/2020

Medidor 2414810-Fat. 006

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
24/03/2020	24/04/2020	25/05/2020

DADOS DA MEDAÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
71	19.466	19.759	1.03	101	101	101	0,72525	73,25

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PÓS PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,72525	73,25
MULTA	-	2,85
		10,05

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	19,78	17,00	19,78
PIS	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00

10/05/2020

86,15

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

CPF/CNPJ 052.517.823-65



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

SEXO:

NASCIMENTO:
05/12/1991(28
ANOS)R.G./IDENTIDADE: 4.05.06
412649 321570

SEXO: M RACIAÇÃO: PARD

DOCUMENTOS:
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782365

NOME RESPONSÁVEL:

NI:

MUNICÍPIO:

CEP:

ENDERECO:

UF:

CEP:

ENDERECO:
RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU
10070-000
(85) 39121-158NOME: MARIA DOS SANTOS GOMES
ALAUJO

(SIGA DA DOCUMENTAÇÃO INSTITUCIONAL PERTINENTE)

OCORRÊNCIA:

DIFERENÇA:
**PACIENTE COM DOR E EDEMA NO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA, APÓS
COLISÃO DE MOTO.**

SEXO:

NI:

PESO:

NI KG:

DIAMETRO:

NI C:

LARGURA P/30:

VE:

PROTEÇÃO/ATOR:

NI/NI:

ALTERADO:

NEGA

RESUMO DA CLASSE/CLASSIFICACAO:

JOONATHAS WASHINGTON SPINOSA JUCA

ESCALA DE IDADE:
99 (ADULTO)

PULSO:

NI

DIAGNOSTICO:

NI

DATA/HORA DA CLASSIFICAÇÃO:

10/07/2020 16:2

RESUMO DE ATENDIMENTO:
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ABORDAGEM:

Anexo do moto. Trauma na mão (E).
 Frx exposta do 2º DDT d/ necessidade
 de fixação ururgica. CD. Internamento

DIAGNOSTICO:

SINTOMATOGRAFICO:
 H.C. SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicamento: Rx moto (E) AP/obligatorio + perf/ 2º DDT

APARECIMENTO:

OBSERVAÇÕES:

TIPO DE ALTA/SAÍDA:
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVISÃO TRANSFERENCIA INTERNACAO ÓBITO N/DO 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML IATR. PATOL

Impresso por Jonathas Washington Spinoso Júca em 10/07/2020 às 16:27:40
 Estou ciente que as informações aqui prestadas, sólidas as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorreção nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

10/07/2020

Scaralceira

12+0003840



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PROMOTORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - MINISTÉRIO PÚBLICO DO BRASIL
PROSECUTORIA DA PARANÁCIA
AV. Octávio Freire N° 2120 - Fortaleza - CEP 60130-000
Telefones: (85) 3231-1222

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - 0001 - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2320120646950

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Katal do Santos Oliveira

ENDERECO DO PACIENTE

Rua Sucupira 870

BAIRRO

Parque Genibau

MUNICÍPIO

Fort

UF: Ce CEP

DATA DO NASCIMENTO

05/12/19

SEXO

1.□ MASC 2.□ FEM

CONDICAO

2.□ SEGURADO 4.□ CONJUGE 6.□ FILHO 8.□ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

M. dos Santos Domes, Inaya

DADOS DA INTERNAÇÃO

OPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

/ /

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta do 2º QDT (E)
(falange intermediária).

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx + exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx 2º quindactílio (E)

TIPO DE CLÍNICA

- 1.□ CIRÚRGICA
- 2.□ OBSTÉTRICA
- 3.□ CLÍNICA MÉDICA
- 4.□ TISIOPEUMOL
- 5.□ PSQUIÁTRICA
- 6.□ PEDIÁTRICA
- 9.□ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Acudiente

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE
Dr. Deison Alves
Ortopedista e Traumatologista
CRM/CE 14.961 - 07/6417

DATA
10/07/2024

HORA

DATA	EVOLUÇÃO
<u>11</u> <u>04</u> <u>20</u>	09:45hs. At. seg. 0°, 28a, 36 por dnt, expectora de 2º falange (1). Ondula consciente, orientada, verbalizando, deambulando, lembranças passadas corretas. Poder ver círculos da equipe. Ao cc "s" 09:45 hs. Dra. Felly 589283
<u>11/07</u>	(1) <u>PROMO</u> <u>Sexta</u> <u>1</u> <u>Antônio Eusebio</u> <u>CAB</u> <u>traumato</u>
<u>11</u> <u>07</u> <u>2007</u>	R. S. U. S., paciente consciente com PVS de persistente hipotensão para o lado direito, sem queixa abdominal, com náuseas e vômitos intermitentes, episódios de tontura, náuseas torácicas e vertigem espontânea desfeita em minutos. O paciente permaneceu com pressão arterial normalizada e pressão sanguínea
<u>12</u> <u>7</u>	<u>Mrs</u> <u>Antônio Eusebio</u> <u>CAB</u> <u>traumato</u>
<u>12</u> <u>07</u> <u>10</u>	Alta Hosp. por Dr. Roberto Dra. Felly
	<u>funcionante</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

NOME:

Rafael dos Santos Oliveira

Tratamento

IDADE:

38

ENF.:

SN

LEITO:

107

Nº. PRONTUÁRIO:

412645

RUBRICA

(Ent. Dista)

DATA:

10/07/2014

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA:

Dr. Fábio

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:

SN

OBSERVAÇÃO:

Pre-administração de 500ml de suco de laranja

DATA:

10/07/2014

P.A.:

13:30 - 120Kg

TEMP.ºC:

30

P.J MIN.:

M.V. / MIN.:

- 1) Diarreia grave SN
 - 2) Infecção urinária (suspeita) SN
 - 3) Desidratação leve SN
 - 4) Desconforto abdominal SN
 - 5) Transtorno do sono SN
- As 09:30h paciente comelha com dificuldade, desidrata. Sobrecolocou mictônicos de água. Cx/ISS 9.54*

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------|-------|--------------|---------------|---------------|
| 1) ISSW + C66 | Dr. Fábio | Matos | ORÁRIO: | 17:40 9:00 | SINAIS VITais |
| 2) Infecção urinária | Dr. Fábio | Matos | P.A.: | 13:30 - 120Kg | |
| 3) Transtorno do sono | Dr. Fábio | Matos | TEMP.ºC: | 30 | |
| 4) Desconforto abdominal | Dr. Fábio | Matos | P.J MIN.: | | |
| 5) Desidratação leve | Dr. Fábio | Matos | M.V. / MIN.: | | |
- ISSW + C66 Dr. Fábio Matos 10/07/2014 13:30 - 120Kg 30 14:30 14:30*

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

11:		...JARÍA:
16:		P.A.:
20:		TEMP.ºC:
06:		P.J MIN.:
		M.V. / MIN.:

FOLHA DE ANESTESIA

PRONTUÁRIO 412649 ENFER./LEITO:

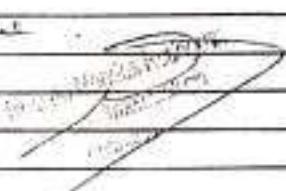
NOME DO PACIENTE:		Rafael da Senna Oliveira		PRONTUÁRIO 41 COT ENFER./LEITO:			
DATA DA CIRURGIA:	PRESSÃO ARTERIAL:	RESPIRAÇÃO:	SATURAÇÃO:	PULSO:	PESO:	ALTURA:	TEMPERATURA:
11/07/2020							
TIPO SANGUÍNEO:	HEMACIAS:	HEMATOCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:	
APARELHO URINÁRIO:				DIURESE:			
APARELHO RESPIRATÓRIO:				ASMA			
APARELHO CIRCULATÓRIO:				BRONQUITE			
APARELHO DIGESTIVO				ELETROCARDIOGRAMA:			
ESTADO MENTAL:	Humor	ATARÁXICO	ALERGIAS	DENTES	PESCOÇO:		
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO:	Fract. wou			CORTICOIDES	HIPOTENSORES		
ESTADO FÍSICO				RISCO:			
ANESTESIAS ANTERIORES:		TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:					
IV	AGAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	10/05	ADMINISTRADA ÁS:	EFEITO:	INDUÇÃO		
TOXAQUÍNICO	SULFAM	02			SATSE:	EXCIT.:	
OBSTETRICO					LENTA:	TOSSE:	
OBSTETRICO					NAUSEA:	VÔMITOS:	
OBSTETRICO					LARINGO ESPASMO:		
OBSTETRICO					OUTROS:		
MANUTENÇÃO							
1	Neurit						
2	Flutamid 100 µg IV						
3	Propofol 200mg IV						
4	Copaípela 2g IV						
5	Dinheira 2g IV						
ANESTESIA SATISFEITA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÃO, POR QUÊ?							
DESPERTAR:							
REFLEXOS NA S.O.: <input checked="" type="checkbox"/>							
OBSTR.: CO2: EXCIT.:							
NAUSEA: VÔMITOS:							
OUTROS:							
COM CÂNULA PARA O LEITO:							
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CONDICIONES: <i>hoy</i>							
AGENTS: Flutamid, Propofol							
TÉCNICA: Sedação							
CÂNULA:							
CIRURGIA: Fract. wou + histeromagia							
ANESTESISTAS: Dr Francisco A. Lichauer CRM 10878							
CIRURGIOS: Dr Roberto + Dr Gauvin							
OBSERVAÇÕES: Fco Anestesista Clínico CRM 10878 Médico CRM 10878 Anestesiologista CRM 10878 CRE NEC - 6005 CADA SANGUÍNEA:							

11

Paciente: Ronal dos santos OliveiraData da Operação: 1/1/1 Enfermaria: Leito: Operador: Roberto Andrade1º Auxiliar: Carmes2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador: Anestesista: JoséTipo de Anestesia: Diagnóstico Pré-operatório: Tipo de Operação: Doença pulmonarDiagnóstico Pós-operatório: TumorRelatório Imediata Patologista: Exame Radiológico no ato: Acidente durante a operação: Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Sob anestesiabordagem feitafazendo furação em fio dantosabordagem. Remoçãodescompressãoremoçãosuturafinalizado



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS		U. DO PACIENTE	N. DO N.
Nome do paciente	Rafael dos Santos Oliveira	412649	321570
Endereço		SEXO	M
DOCUMENTOS		RAÇA	PARDO
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF):	05251782365	NOME MÉDICO	
Nome Responsável		RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU	
NI		TELF/TELEF:	(85) 33121-158
Município	FORTALEZA	CEP	CEP
CEP	60.534-212	OCORRÊNCIA	
Local da ocorrência: Rua Sucupira - Parque Genibau			
CLASSIFICAÇÃO DE PACIEN-			
SOPA:	PACIENTE COM DOR E EDEMA NO 2º QUERODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA, APÓS COLISÃO DE MOTO.		
NI	TIPO: COLISÃO CARRO X MOTO		
PESO:	NI KG	SINAS VITAS	FECHA:
NI KG	NI KG	NI%	NI
DIÁSTOLAS:	NI %	NI	NI
NI %	NI	NI	NI
VELOCIDADE:	NI %	NI	NI
VELOCIDADE:	NI %	NI	NI
DATA HORÁRIA: 10/07/2020			
ÁREA ATENDIMENTO:			

ÁREA ATENDIMENTO:		ATENDIMENTO MÉDICO
TRAUMATOLOGIA		
Atendido por:		
Nome:		
CRM:		
CPF:		
Data:		
EXAMES:		
SUSPEIÇAS:		
() HC () SU () OS ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIC-X		() OUTROS

EXAMES:		TIPO DE ALVAREZ
SUSPEIÇAS:		
() DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO OUTRO		40 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () FILIAL () ANAT. PATOL.		TIPO DE EXAMES:
TIPO DE ATENDIMENTO:		OBSESSÕES:
Rx mês (E) AP/oblíquo + perfil 2º DDT		

TIPO DE ALVAREZ:		
() DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO OUTRO		40 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () FILIAL () ANAT. PATOL.		TIPO DE EXAMES:
TIPO DE ATENDIMENTO:		OBSESSÕES:
rx mês (E) AP/oblíquo + perfil 2º DDT		

Assinatura: *WILSON SPINOSA*
Data: 10/07/2020

Este documento é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, e não deve ser considerado válido se não estiver assinado por um profissional de saúde.

Relatório 10/07/2020
Assinatura: *Rafael dos Santos Oliveira*

Assinatura: *Rafael dos Santos Oliveira*
Assinatura: *WILSON SPINOSA*
Assinatura: *WILSON SPINOSA*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1780734460

PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

1615292

MTE

CE

CPF

052.517.823-65

DATA NASCIMENTO
05/12/1991

PAIS/AO

JOSE MESSIAS DE
OLIVEIRA
MARIA DOS SANTOS GOMES
ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

A

Nº REGISTRO

05715217574

VALIDADE

15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO

23/02/2013

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Rafael dos Santos Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

12/08/2019

1000 VAGAS CONCEDIDAS P/VEHICULO
ASSINATURA DO EMISSOR

73534488236
CE172013550

CEARÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTMENT

Digitized by srujanika@gmail.com

CE N° 014927949717		ASSINATURA	
04094986320 ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
www.seguradoradpvat.com.br SAC DPVAT 0800-4927949717		014927949717	
05/05/2019		05/05/2019	
09F55982 O SEGURO DPVAT S. LEIA NO VERSO DE COBERTURA		09F55982	
0221204		0221204	
45598158733		45598158733	
EXERCÍCIO DATA (UNIVERSO)		EXERCÍCIO DATA (UNIVERSO)	
2019 01/08/2019		2019 01/08/2019	
PLACA		PLACA	
15222862		15222862	
NÚMERO / MODELO		NÚMERO / MODELO	
HONDA / CG 125 FAN KS		HONDA / CG 125 FAN KS	
06-0453		06-0453	
9C21CA110DR413067		9C21CA110DR413067	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) DINHEIRO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
0,05 0,01		0,05	
QUANTO DO BILHETE (R\$) IAP (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEU SOBRE	
4,15 0,32		84,58	
PAGAMENTO		DATA DE CITAÇÃO	
4 Conta Única		08/02/2019	
LOTE / DOCUMENTO		014927949717	
MOTOR: JC1E15413067		09F55982	
VALIDADE: 2019-05-24		635427689	
VALOR: R\$ 84,58		COD. REFERAVAM	
2019		2019	

CE N° 014927949717		ASSINATURA	
04894986320 ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
www.seguradoradpvat.com.br SAC DPVAT 0800-4927949717		014927949717	
05/05/2019		05/05/2019	
09F55982 O SEGURO DPVAT S. LEIA NO VERSO DE COBERTURA		09F55982	
0221204		0221204	
45598158733		45598158733	
EXERCÍCIO DATA (UNIVERSO)		EXERCÍCIO DATA (UNIVERSO)	
2019 01/08/2019		2019 01/08/2019	
PLACA		PLACA	
2522362		2522362	
NÚMERO / MODELO		NÚMERO / MODELO	
HONDA / CG 125 FAN KS		HONDA / CG 125 FAN KS	
06-0453		06-0453	
9C21CA110DR413067		9C21CA110DR413067	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) DINHEIRO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
0,00 0,00		0,00 0,00	
QUANTO DO BILHETE (R\$) IAP (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEU SEGURO	
4,15 0,32		84,58	
PAGAMENTO		DATA DE CITAÇÃO	
4 Conta Única		08/02/2019	
LOTE / DOCUMENTO		014927949717	
MOTOR: JC1E15413067		09F55982	
VALIDADE: 2019-05-24		635427689	
VALOR: R\$ 0,00		COD. REFERAVAM	
2019		2019	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 052.517.823-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/07/2020

Titular do CPF: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65

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: 15/10/2020
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 052.517.823-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO 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 DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P1/2-CIRURGIA P7/8/9

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO 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 DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P1/2-CIRURGIA P7/8/9

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 052.517.823-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/07/2020

Titular do CPF: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65

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: 15/10/2020
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 052.517.823-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA