
Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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\$ 1.350,00

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\$ 1.350,00

Recebedor: **GENIVAL SOARES DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **237**

Agência: **00000754-4**

Conta: **00000580760-3**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 22/01/2020, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 801.791.503-91 4 - Nome completo da vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHO 6 - CPF: 801.791.503-91
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SETOR BALEIA 9 - Número: _____ 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: MG 14 - CEP: 63640-000
15 - E-mail: EMANUELEMAREZ@YAHOO.COM.BR 16 - Tel. (DDD): 81 999290312

DADOS CADASTRAIS

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 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nascituro (a) nascido? 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a 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.

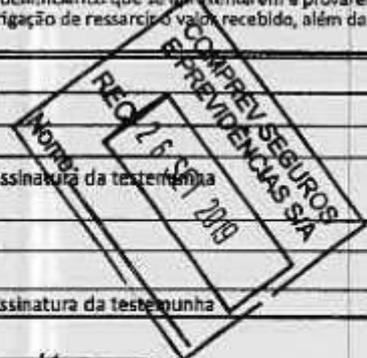
MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimado Digital do Vítima ou Beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS



40 - Local e Data, _____

Genival Soares de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

EMANUELEMAREZ LOPES DE MACEDO
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Bradesco



5067 3178 6191 3306

12 20 0754 4 0580780 3 03 00

GEN VAL SCARES DE CARVALHO

elo

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 26 SET 2019
Nome: _____

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: 801.791.503-91 4 - Nome completo da vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHO 6 - CPF: 801.791.503-91
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SETOR BELÉM 9 - Número: _____ 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 636140-000
15 - E-mail: IMMARMAR12@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 88 994290312

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 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
754 M 580760 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 nascituro (vai nascer)? 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 Líder 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Genival Soares de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

IVANDA MARCOS LOPES DE MACEDO
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

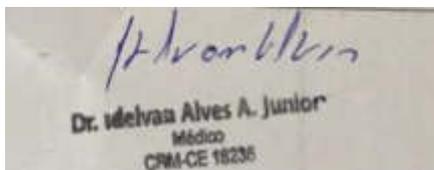
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190553569
Nome do(a) Examinado(a): Genival Soares de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): St Belem, 215
Dt Barra Nova Taua CE CEP: 63660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 329951798
Data local do acidente: [15/06/2019]
Data local do exame: [22/01/2020] Tauá [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO + FRATURA DO 3º E 4º QUIRODÁCTILO DA MAO ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO EM MAO ESQUERDA
Complicações: PACIENTE COM RIGIDEZ ARTICULAR DO 3º E 4º DEDO DA MAO ESQUERDA
Data da Alta: 06/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE COM RIGIDEZ ARTICULAR DO 3ºE 4º DEDO DA MAO ESQUERDA
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 (X) Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 (X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ ARTICULAR DO 3º E 4º DEDO DA MAO ESQUERDA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
 "Vítima em tratamento" "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII.(*). Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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



Dr. Idelvas Alves A. Junior
Médico
CRM-CE 18235



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
 Impresso nº 2019678929



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 552 / 2019

Dados da Ocorrência

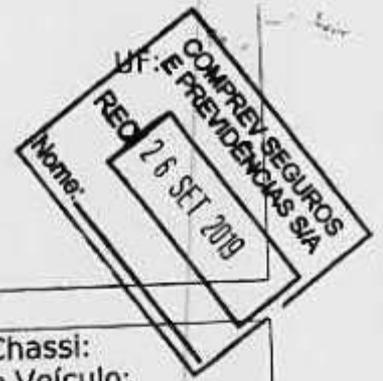
Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 12:03:58**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **KM 20 (PROX A LADEI DO BELEM, ZONA RURAL - INDEPENDENCIA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GENIVAL SOARES DE CARVALHO**
 Nascimento: **10/08/1978** CPF: **801.791.503-91** UF: _____
 RG: **329951798** Orgão Emissor: _____
 Filiação: **TEREZINHA SOARES DE CARVALHO**
GERALDO FERREIRA DE CARVALHO
 Endereço: **SITIO BELEM**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: _____
 Município: **INDEPENDENCIA/CE** Telefone: _____
 País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **GENIVAL SOARES DE CARVALHO**
 Nascimento: **10/08/1978** CPF: **801.791.503-91** UF: _____
 RG: **329951798** Orgão Emissor: _____
 Filiação: **TEREZINHA SOARES DE CARVALHO**
GERALDO FERREIRA DE CARVALHO
 Endereço: **SITIO BELEM** CEP: _____
 Bairro: **ZONA RURAL** Telefone: _____
 Município: **INDEPENDENCIA/CE**
 País: **BRASIL**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVZ4421** Uf: **CE** Município: **INDEPENDENCIA** Chassi: **9C2JC250WWR098323** Renavam: **693830336** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1998** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **JOVINO PEREIRA DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitados, seguia guiando sua motocicleta nas proximidades da Serra do Belém nas precisamente no Km 20, quando o declarante veio a se chocar em uns paus que estavam atravessados na BR; Que o declarante veio a cair ao solo; Que em seguida foi conduzido até o hospital municipal do município de Independência-CE; Que conforme a ficha de atendimento o declarante teve politraumatismo após a queda da motocicleta; QUE este Município não dispõe de SAMU, Corpo de Bombeiros ou outra instituição similar que realize atendimento às vítimas de acidente de trânsito; QUE apresentou como testemunhas as

Amonado Silva Oliveira

Jovino pereira de oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
 Impresso nº 2019678929



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 552 / 2019

peçoas de JUVINO PEREIRA DE OLIVEIRA, filho de Maria das Neves Nicolau de Oliveira e Nascimento Pereira de Oliveira, portador do RG 200762778586 SSP-CE, CPF 886.075.423-20, residente na St. Belém, Zona Rural, DT Barra Velha, Independência-CE e AMANDA SILVA OLIVEIRA, filha de ANTONIO CARLOS OLIVEIRA DE LIMA e IZAURA DA SILVA NASCIMENTO, portadora do RG 2008400214-4 SSP-CE, Rua José de Anchieta, 293, AP 01, Cohab, Independência-CE;

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Claudenisio Rodrigues Silva
 Escrivão de Polícia Civil
 Matr. 301199-4-0
CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Renival Soares de Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

X Amanda Silva Oliveira
Jovino Pereira de Oliveira



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: 801.791.503-91 4 - Nome completo da vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHO 6 - CPF: 801.791.503-91
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SETOR BALEIA 9 - Número: _____ 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: MG 14 - CEP: 63640-000
15 - E-mail: EMANUELEMAREZ@YAHOO.COM.BR 16 - Tel. (DDD): 81 999290312

DADOS CADASTRAIS

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 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
754 M 580760 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nascituro (al nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

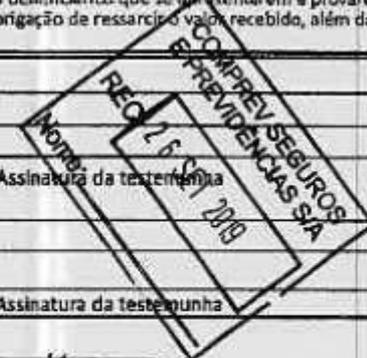
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimado Digital do Vítima ou Beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS



40 - Local e Data, _____

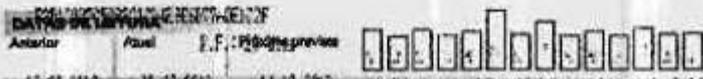
Genival Soares de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

EMANUELEMAREZ LOPES DE MACEDO
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2593741
 Para saber seu endereço, consulte sempre o seu contrato elétrico.
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Pedro Valciano, 100
 CEP 01038-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07347201/0001-70 | CEP 06.105.848-3

CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERIE ÚNICA | Nº
 Boleto Referência: 012830093
 Nome: TA130R18 - 34000 09/2019
 Endereço: GENIVAL SOARES DE CARVALHO
 ST BELEN, 00215, DT BARRA NOVA, 61060-000, TAUA
 Classificação: B1 RESIDENCIAL
 Modalidade Tarifária: Baixa Renda
 Ligação: B1 RESIDENCIAL
 Emissão Medidor: 13/09/2019
 Área Reservada ao Fisco: Acompanhado de 600 kWh



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Lit. Atual	Lit. Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B1	16.108	16.202	1.600	51	54	3,2884	22,22

DADOS DO FATURAMENTO

Item	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	6,84
PIS COMPL BX RENDA	-	0,21
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,88
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-23,50
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	23,50
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18433	5,53
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,31704	17,12
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05933	1,78
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	38,90

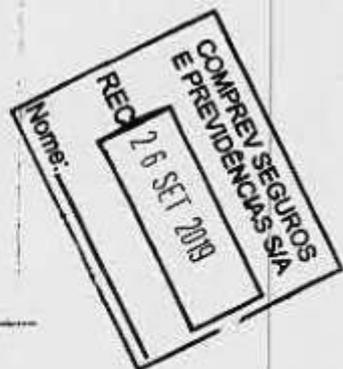
Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	47,93	0,31	0,48
COFINS	47,93	3,69	1,77

CONSUMO CONSCIENTE 10/2019 kWh/kWh 70,46
 EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh): Dispense esse indicador pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido (kg CO₂) / Compensado (kg CO₂) / Consciência Ecológica (tCO₂) 801.791.503-91

32,79 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/03 - 13/09

MÊS ANTERIORES	VALOR (R\$)
02/2019	66,33
04/2019	69,35
05/2019	55,41
12/2018	65,89
10/2018	70,46
Total: R\$	327,41



Nº do Cliente: Referência: 09/2019 V: [1.0.0.5]
 Data de Emissão: Total a Pagar (R\$): 70,48
 Nº da Nota Fiscal: 2593741 Nº de Controle: 100001651003
 13/09/2019 012830093

532030

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Saneamento de Ceará
 Rua Padre Inácio, 160
 CEP 80135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07042251/0001-70 | CDP 06.006.5453



Para agitar seu movimento, cartão e internet sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 018751526
 Rote 10009001 - 343000 Referência 09/2019
 Nome IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO
 Endereço RU SAO VICENTE, 00944, SAO VICENTE, 63640-000,
 INDEPENDENCIA
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
 Ligação Monofásico
 Emissão 22/09/2019
 Medidor 6304476-ELI-705
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

ONE PFE.097.7692.560A.C05H.C0F3.7E25
DADOS DE LECTURA P.F.: 28 dias
 Anterior 16/08/2019 Atual 13/09/2019 Próximo 14/10/2019
 REG: SET MAO JUN JUNH1 JONH1 FVH1 FVH2 JAN DEZ NOV OUT SET

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	1.159	893	1,00	266	00	266	0,09388	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

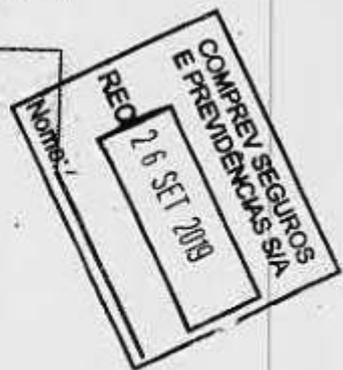
TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLM PUB PREF MUNIC	12,09
CUSTO DE DISPONIBILIDADE	16,63
ADICIONAL BAND. VERMELHA	1,26
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	28,17

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	17,88	0,81	0,15
COFINS	17,88	3,69	0,67

05/10/2019 59,15

CONSUMO CONSCIENTE
 Emissão DE CO₂ (kg) 759.906.103-78
 Emissão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Carbono Equivalente (tCO₂e)

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/08 - 13/09





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 SUSEP 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 COAF³.

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 IVANETA MARINA VIEIRA DE MACEDO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 759.908.103 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GENIVAL SOARES DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 801.791.503-91

do sinistro de DPVAT cobertura IMMEDIATE da vítima GENIVAL S. DE CARVALHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 801.791.503 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

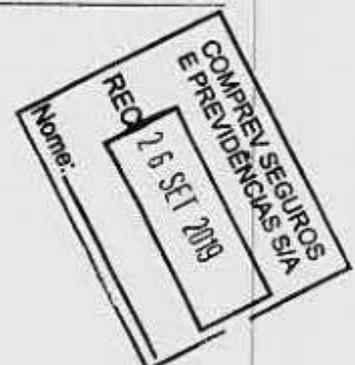
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>RUA SÃO VICENTE</u>	Número: <u>911</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO VICENTE</u>	Cidade: <u>INDEPENDÊNCIA</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>IVANETA.MARINA.VIEIRA@LIDER.COM.BR</u>		CEP: <u>63640-000</u>
		Tel.(DDD): <u>88 999290312</u>

Local e Data: INDEPENDÊNCIA - CE 26/09/2019

IVANETA MARINA VIEIRA DE MACEDO

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, JOVINO PEREIRA DE OLIVEIRA

RG nº 200760778586, data de expedição 05/05/12

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 886.075.403-20

com domicílio na cidade de TAUA, no Estado de

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO BELEM, nº SIN

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

BENIVAL SOARES DE CARVALHO, cujo o condutor era

BENIVAL SOARES DE CARVALHO

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CB 125 TITAN Ano: 1998

Placa: HVZ 4401 Chassi: 9CQJCA50WWR098323

Data do Acidente: 03/06/19

ASSINADO EM OFÍCIO
Em 25/09/2019

Local e Data: INDEPENDÊNCIA - 25/09/2019

Jovino pereira de oliveira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por autenticação a firma de JOVINO PEREIRA DE OLIVEIRA Dou fé.

25 SET. 2019

Huiss

Antonio Wilson Rocha - Oficial Interino
 Karla Nayara de Góes - Esc. Substituto
 Anália Jovina Araújo L. Matos - Esc. Autorizada
 Fca. Cláudia B. M. Andrade - Esc. Autorizada

Caixa de correio nº _____
Válido somente com selo de autenticidade

Nome: _____
REC 26 SET 2019
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

B-37520004452

16



INDEPENDÊNCIA
PREFEITURA
Terra de todos nós

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA 35/6/19 HORÁRIO 17:40

Telefone: () _____

Boletim de Atendimento de Paciente Externo
Hospital Municipal de Independência CE

Paciente: Genival Soares de Carvalho CNS: 70450711852797

Idade 40 Data de Nascimento: 30/08/78 Sexo: M Naturalidade Luzia

Profissão: Agente Estado Civil: casado Endereço: Beleza

Mãe: Teuzinha Soares de Carvalho

Motivo do Atendimento: _____

() Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico () Violência () Pediátrico () Cirúrgico Acidente

PA: _____ T: _____ FC _____ FR _____ Glicemia: _____ Peso _____ SPD 2 _____

Médico Responsável: _____

Conduta Médica:

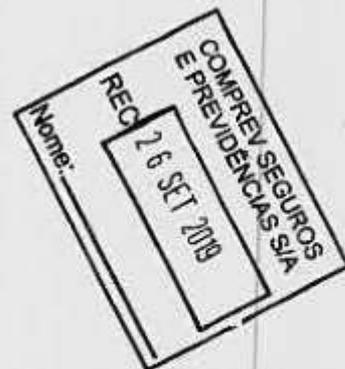
Pol. Traumatizado após queda do
Moto ciclo.

CD: Antúpsio + Analgesio + G. t. r. e
+ Imobilização

Transf. r. e. n. c. i. a

Dr. Brenno Lopes Lima Lages
MÉDICO
CRM-CE/20189

Médico



Antônia Maria Lages
Paciente ou Responsável

DADOS DO PACIENTE

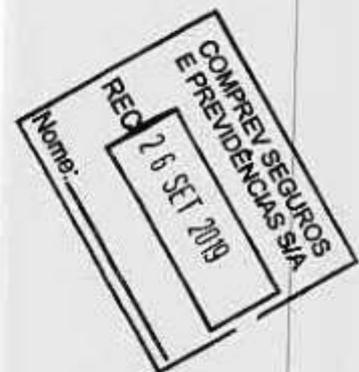
Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO						Prontuário/Atendimento 044531/0008	
Nascimento 10/08/1978		Local INDEPENDENCIA		País Nacionalidade Brasil		Idade 40 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Casado(s)	
Religião		Documento(s) Identidade: 329951788		CNS 70.4107.118.5279-78			
Endereço CAMPO BELEM		Nº SN		Bairro ZONA RURAL		Município INDEPENDENCIA-CE	
Fone (88) 3675-1248		Profissão AGRICULTOR		Empresa		Fone Empresa	
Responsável ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTIN		CPF do Responsável		Fone Responsável (88) 3675-1248			
Endereço Responsável BELEM, SN CASA		Cônjuge ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTINS					
Mãe TEREZINHA SOARES DE CARVALHO		Pai GERALDO FERREIRA DE CARVALHO					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 15/08/2019 21:11		Quarto/Leito 057-0001		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor INTERNAÇÃO - PS	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Dias	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA						CRM 8945			
CID Principal S82.6 Fratura de outros dedos				CID Complementar S82.6 Fratura de outros dedos					
Observação									
Usuário MARAIZA VIEIRA BARBOSA		Procedimento SUS				Siaprenata			
Data Saída		Hora		Condição de Saída		Usuário Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

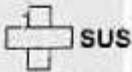
Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



CRATEUS, 15 de junho de 2019.

Assinatura do paciente
 Responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

Antônia marlúcia
 Assinatura do responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42018001

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GENIVAL SOARES DE CARVALHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

41531

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.4107.118.5279-78

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/1978

9 - SEXO

Masc 1 Fem 3

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

TEREZINHA SOARES DE CARVALHO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 3675-1248

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTIN

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 3675-1248

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO BELEM, SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

INDEPENDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2305605

18 - UF

CE

19 - CEP

63640-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ENCAMINHADO DE INDEPENDÊNCIA, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NA PRESENTE DATA APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM JOELHO ESQUERDO (JÁ SUTURADA) E MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM MÃO ESQUERDA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. RELATA INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E USO DE CAPACETE DE SEGURANÇA. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURAS DE 3 E4º QUIRODÁCTILOS DE MÃO ESQUERDA.
HD: FRATURA EXPOSTA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S62.8 Fratura de outros dedos

24 - CID 10 PRINCIPAL

S62.8

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020378

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Envio

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

04504458398

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/06/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

R

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO

Dr. Gilvan Roberto Martins
Médico Assistente em Ortopedia
Secretaria Municipal de Saúde de Crato
Departamento de Controle, Avaliação
e Regulação de Serviços de Saúde

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 044531	Atendimento 0006	Nome do Paciente GENIVAL SOARES DE CARVALHO	CNS 704107118527978	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 329951798		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 10/08/1978	Local INDEPENDENCIA/CE		Idade 40 Ano(s)	
Pai GERALDO FERREIRA DE CARVALHO		Mãe TEREZINHA SOARES DE CARVALHO		
Endereço CAMPO BELEM, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63640-000	Município INDEPENDENCIA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTINS		
Responsável ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTI	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BELEM, SN	Município INDEPENDENCIA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/06/2019	Hora 19:55	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA		CRM/UF 19006/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário MARAIZA VIEIRA BARBOSA		
Observação trouxe guia				
Sala				
Data/Hora Liberação		às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (mpm)
		35,8	66	20
				PA (mmHg)
				106 X 61
				Oximetria (%)
				95
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 15/06/2019 19:53

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

paciente proveniente do município de Independencia, vítima de acidente de moto, fez uso de bebida alcoólica, apresentando lesão em mão esquerda e joelho esquerdo. Nega alergia medicamentosa

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

15/06/2019 20:24:05h Responsável: RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA CRM-CE 19006

PACIENTE ENCAMINHADO DE INDEPENDÊNCIA, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NA PRESENTE DATA APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM JOELHO ESQUERDO (JÁ SUTURADA) E MÃO ESQUERDA. RELATA INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E USO DE CAPACETE DE SEGURANÇA

HD: FRATURA EXPOSTA?

CD: 1. SOLICITO RX DE MÃO ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO

2. CETOPROFENO 100MG + 100ML DE SF0,9%, IV

3. REAVALIAR APÓS

Antonia Marluccia Servilio Albuquerque
COREN-CE 1887256 - TE

09:20 Comunicado ao médico
traumatologista por Telefone.

Patricia Rosa de Anchieta
ENFERMEIRA
COREN-CE 233.958

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIAS S/A
REC 26 SET 2019

12

RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA - CRM: 19006

Antonia marluccia
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA MARLUCIA SILVA

Cliente: GENIVAL SOARES DE CARVALHO P.044531 OS 56.2

Atendimento: 01-137809

Idade/Sexo: 40-M

Data Entrada: 16/06/2019

Convênio: SÃO CAMILO

RG:

Médico Dr(a) RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA

Impressão: 16/06/2019 15:34:20

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: [sangue total c/edta] Método: [automatizado] / Exame realizado com leitura de lâmina

ERITROGRAMA

	Valores Encontrados	Valores de Referência:	
		Masculino	Feminino
Hemácias...	3,85 milhões/mm ³	4,4 - 5,8	3,8 - 5,2
Hemoglobina:	12,0 g/dL	13,5 - 17,0	11,3 - 15,2
Hematócrito:	37,0 %	39,0 - 50,0	35,0 - 47,0
V.C.M.....	96,1 fL		80,0 - 96,0
H.C.M.....	31,2 pg		32,0 - 36,0
C.H.C.M.....	32,4 %		27,0 - 33,0
R.D.W.....	11,5 %		11,0 - 16,0

Observação.: ANISOCROMIA

LEUCOGRAMA

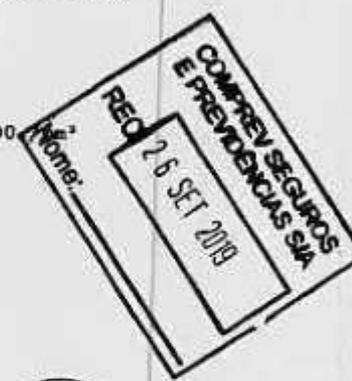
Leucócitos - Global: 8.500 céls./mm³

			Adultos:	4.000 - 11.000
Neutrófilos.....	63,0 %		4 a 7 anos.:	6.000 - 15.000
Promielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³	8 a 12 anos:	4.500 - 13.500
Mielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³		
Metamielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³	40 - 75	
Bastões.....	0,0 %	0 /mm ³		
Segmentados.....	63,0 %	5355 /mm ³		
Eosinófilos.....	1,0 %	85 /mm ³		
Basófilos.....	0,0 %	0 /mm ³		
Linfócitos.....	32,0 %	2720 /mm ³		
Monócitos.....	4,0 %	340 /mm ³		

Observação.....: Ausência de atipias linfocitárias.
Neutrófilos sem alterações degenerativas.

PLAQUETAS.....: 272.000 /mm³ 150.000 - 400.000

Observação.....: Plaquetas morfologicamente normais.



Edwyn Lowisi
DR. EDWYN LOWISI
CRF: 5443

Ciente: GENIVAL SOARES DE CARVALHO P.044531 CC 56.2

Atendimento: 01-137809

Idade/Sexo: 40-M

Data Entrada: 16/06/2019

Convênio: SÃO CAMILO

Médico Dr(a): RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA

RG:

Impressão: 16/06/2019 15:34:22

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Tempo de Sangria

Método: [DUKE]

Material: [NÃO NECESSITA]

Resultado: 2 minuto(s) e 0 segundo(s)

Valor de Referência: menor ou igual a 8 minutos.

;AS DUAS INCISÕES SÃO REALIZADAS NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, EM LOCAL SEM VASOS VISÍVEIS.

Tempo de Coagulação

Método: Lee-White

Material: Sangue

Resultado: 6 minuto(s) e 58 segundo(s)

Valor de Referência: De 5 a 10 minutos

GLICOSE.....: 87,00 mg/dL

Material: [soro ou plasma c/fluoreto] Método: [GOD-TRINDER]

Valores de Referência:

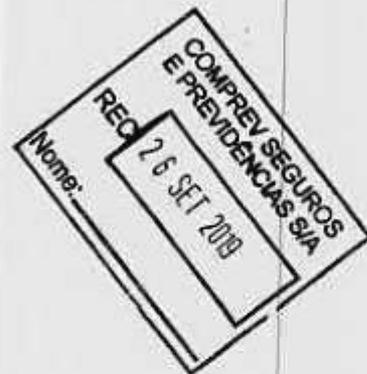
Prematuro.....: 20,0 a 60,0 mg/dL

0 a 1 dia.....: 40,0 a 60,0 mg/dL

> que 1 dia.....: 50,0 a 80,0 mg/dL

Crianças e Adultos: 65,0 a 99,0 mg/dL

Comentário: Segundo os critérios diagnósticos da Associação Americana de Diabetes e endossada pela Sociedade Brasileira de Diabetes.



Edwyn Lowisi

DR. EDWYN LOWISI

CRF: 5443



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			
GENIVAL SOARES DE CARVALHO			
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
10/08/1978	40 Ano(s)	TEREZINHA SOARES DE CARVALHO	
Data Internação	Admissão	Quarto/Leito	
15/06/2019	ENFERMARIA	012/0003	
Profissional Responsável			
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			
Convênio	Sector	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S62.6 Fratura de outros dedos S62.6 Fratura de outros dedos			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 10:00:00

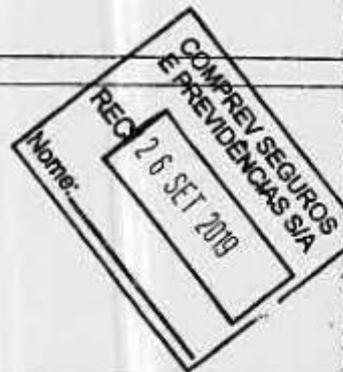
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FEITO ITEM 04
<i>Antonia Djane Alexandre Pinho</i> Téc. de Enfermagem COREN/CE 793.701
RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA DJANE ALEXANDRE PINHO - COREN-CE 793701

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 11:00:00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FEITO ITEM 05
<i>Antonia Djane Alexandre Pinho</i> Téc. de Enfermagem COREN/CE 793.701
RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA DJANE ALEXANDRE PINHO - COREN-CE 793701



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 11:00:00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, COM MELHORAS EM SEU QUADRO CLINICO, ENTREGOU AVISO DE ALTA, RECEITAS MEDICAMENTOSAS E RETIRADO AVP
<i>Janilson L. Aencar</i> TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN/CE 1227113
RESPONSÁVEL: TE: JANILSON LOPES AENCAR - COREN-CE 1227113

Genivaldo



Dados Clínicos - Médico

Paciente			Prontuário
GENIVAL SOARES DE CARVALHO			044531/0008
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
10/08/1978	40 Anos(s)	TEREZINHA SOARES DE CARVALHO	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
15/06/2019	ENFERMARIA	006/0003	
Profissional Responsável		CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		6945	
Convênio	Sector	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S62.6 Fratura de outros dedos	S62.6 Fratura de outros dedos		

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPEDICA: - 16/06/2019 12:13:51

PACIENTE NO CC
FEITO ANTISSEPISIA COM ASSEPIA
FEITO ANESTESIA LOCAL
LAVAGEM COM SF
FEITO DEBRIDAMENTO
FIXADO 4° PDT CPM FIOLS DE KIRCHENER 1,5
FEITO DEBRIDAMENTO DE PARTES MOLE
APROXIMAÇÃO DA PELE
LAVAGEM DO 5° QRDY FEITO DEBRIDAMENTO
APROXIMAÇÃO DA PELE
FEITO CURTIVOL COM NEOMICINA

Jamil S. Jorquera
CRM 6945

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945



Hospital Sao Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: GENIVAL SOARES DE CARVALHO
Prontuário: 844531 Convênio: SUS
Data Nascimento: 18/08/1978
Nome de Mãe: TEREZINHA SOARES DE CARVALHO
Município: INDEPENDENCIA-CE

Admissão no Centro Cirúrgico: 16/06/19 Horas: 10:15 Cirurgia Proposta: _____

PA: 120x80 FC: 95 FR: 20 T: 37 SpO2 96 Glicemia: 86

Encaminhamento às 10:50 Para sala: (C)

Admissão na sala: (C) Horas: 10:51

Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual _____

Anestesista: Dr JAMIL Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral () Local

() Bloqueio Anestésico () Sedação Início da anestesia 10:00 Sala: C

Cirurgião: Dr JAMIL 1º Auxiliar _____ Instrumentador(a) Thaiana /

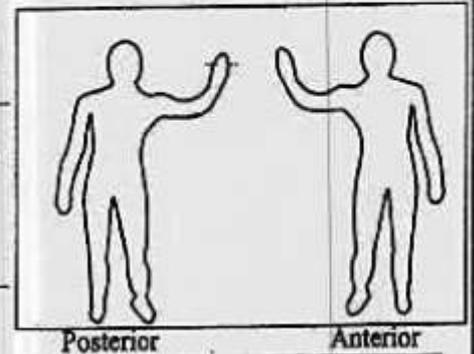
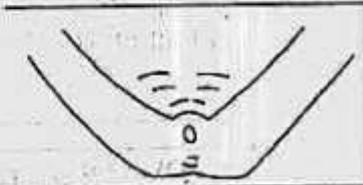
Início da Cirurgia 11:00

Posição do paciente: () Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

- | | |
|---|--|
| (<input type="checkbox"/>) clorohexidina Degermante | Localização de: |
| (<input type="checkbox"/>) iodopolidona Degermante | (<input type="checkbox"/>) Eletrodos |
| (<input type="checkbox"/>) iodopolidona Tópico | (<input type="checkbox"/>) Incisão Cirúrgica |
| (<input type="checkbox"/>) álcool iodado | (<input type="checkbox"/>) placa de Bisturi |
| (<input type="checkbox"/>) álcool 70% | (<input type="checkbox"/>) Drenos |



Parto Cesariana: RN1º _____ Hora: _____ Apgar _____ Sexo: _____ Peso: _____

Apresentação Fetal _____, RN2º _____

RN Encaminhamento às _____ Para: _____

Hora: 11:10 Transoperatório: PA: 120x80 FC: 96 FR: 20 T: _____ SpO2 99%

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: () Biopsia Laboratório () outro: _____

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial () _____

Termino da Cirurgia 11:50 PA: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SpO2 _____

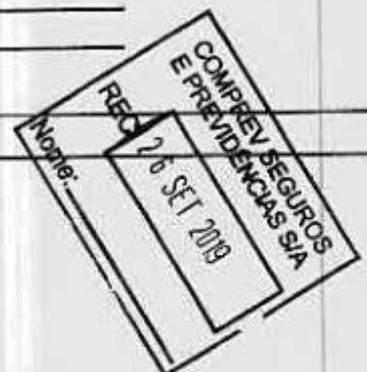
Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico de fratura exposta com

Encaminhamento às 12:00 Para: URPA exame de diagnóstico em 48 PDT

- | | |
|---|--|
| com: (<input checked="" type="checkbox"/>) Curativo - Tipo <u>compressivo</u> | (<input type="checkbox"/>) Tubo Endotraqueal |
| (<input type="checkbox"/>) Dreno | (<input type="checkbox"/>) Sonda Vesical |
| (<input type="checkbox"/>) Imobilizador | (<input type="checkbox"/>) Tampão |
| (<input type="checkbox"/>) Cateter de oxigenio O2 | (<input type="checkbox"/>) Bolsa de Colostomia |
| (<input type="checkbox"/>) Cateter venoso central | (<input type="checkbox"/>) Outros _____ |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) cateter venoso periférico | (<input type="checkbox"/>) outros _____ |

Observação: _____

Para Caroline Queiroz de Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN 790.859



AVALIAÇÃO MÉDICA

AGRAVAMENTO

Informações da vítima

Nome Completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

CPF e/ou RG: 803.795.503-93

Informações do Acidente

Data do acidente: 35/06/2039

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE 3º E 4º QUIRÓDACTILO ESQ. E TRAUMA CON-
TUSO EM JOELHO ESQ.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 3º E 4º QUIRÓDAC-
TILO ESQ. E TRATAMENTO CONSERVADOR DE JOELHO ESQ.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: RIGIDEZ ARTICULAR DO
3º AO 5º QUIRÓDACTILO ESQ. COM PERDA DA PRENSÃO PR-
MAZ ESQ., PERDA DO MOVIMENTO DE PINÇA DO 3º AO 5º
QUIRÓDACTILO ESQ.; LIMITAÇÃO CUBE OR DORSOFLEXÃO
DO JOELHO ESQ.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MÃO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: JOELHO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

06.12.39, CARVALHOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO
CREMEC 19150

Genival Soares de Carvalho
assinatura da vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1988
 INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
 PREVIDÊNCIA SOCIAL - PIS/PASEP
 FUNDO DE AMPLIAÇÃO DE RECURSOS - FARE

GERIVALDO SOARES DE CARVALHO

1659979449

VALIDA EM TODOS OS ESTADOS NACIONAIS

GERIVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 329951798

RG: 801.781.503-81

DATA DE NASCIMENTO: 10/08/1978

RESUMO: GERIVALDO FERREIRA DE CARVALHO, WENDINEIA SOARES DE CARVALHO

ESTADO: CEARÁ

CPF: 06284630305

VALIDADE: 06/11/2021

1ª EMISSÃO: 20/07/2017

SEM OBSERVAÇÃO:

Gerivaldo Soares de Carvalho

LOCAL: FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 06/09/2018

Kelly...

14288976138

CE166821462

CEARÁ

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIAS S/A

REC 26 SET 2018

Nome: _____



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



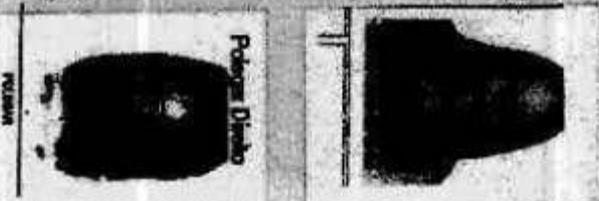
Número
759.906.103-78

Nome
IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO

Nascimento
14/04/1978

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARROSA DE SOUSA



Polícia Divisão

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO

14/04/1978

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2907049578 - 8 DATA DE EMISSÃO 27/12/2007

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO
EXERCÍCIO GOMES VIEIRA DE MACEDO
MARIA ALVES VIEIRA DE MACEDO

INDEPENDÊNCIA - CE 19790419970000

CPF: INOCENTE - CARTÓRIO: IAPI TERMO: 2295 FOLHA: 81 LIVRO: A3
 INDEPENDÊNCIA - CE

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
 CELSO F. DE SOUSA

RG: ANT: 290400745 P.: 130

Nome: _____

REC 26 SET 2010

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIAS S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011825895036
 PPT 01 00693830336 0000000000 2015

PLACA: JOVINO PEREIRA DE OLIVEIRA
 INDEPENDENCIA /CE

OPF / CNPJ: 88607542320
 CHASSI: HVZ4421 / CE

EXERCÍCIO: 2015
 DATA EMISSÃO: 26/03/2015
 FAS/MOTOCICLO/NAO
 HONDA/CG 125 TITAN

OPF / POT / CL: 2P / 12CV / 124CC
 CATEGORIA: PARCELIC
 ANO FAB: 1998
 ANO REG: 1998
 DOT PREDOMINANTE: AZUL

VEIC. COTA ÚNICA: ** / ** / **
 PARCELAMENTO / COTAS: ** / ** / **
 PRÊMIO TOTAL (R\$): ** / ** / **

INDEPENDENCIA /CE
 DATA: 26/03/2015

CE Nº 011825895036 MILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU MILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurotransito.com.br
 SAO DPVAT 0800 022 1804

OPF / CNPJ: 88607542320
 PLACA: HVZ4421
 RENAVAM: 00693830336
 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN
 ANO FAB: 1998
 ANO REG: 09
 Nº C.A.S.E.T.: 9C2JG250MMR098323

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FMS (R\$): 129,04
 DEBITOS (R\$): 14,38
 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38
 COTA ÚNICA: 4,15
 PARCELAMENTO: 1,11
 PARCELADO: 292,01
 DATA DE OUTRAÇÃO: 23/03/2015

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 06.968.900/0001-04
 www.seguradoralider.com.br
 MOTOR: JD25EW07B323
 00940

Nome: _____
REC 26 SET 2018
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS SA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO E K E ALTA MÉDICA. P.03/09

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333982/19

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

CPF: 801.791.503-91

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: GENIVAL SOARES DE
CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO : 759.906.103-78

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GENIVAL SOARES DE CARVALHO : 801.791.503-91

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: 26/09/2019
Nome: IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO
CPF: 759.906.103-78

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333982/19

Número do Sinistro: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

CPF: 801.791.503-91

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: GENIVAL SOARES DE
CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

GENIVAL SOARES DE CARVALHO : 801.791.503-91

Autorização de pagamento

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: 23/10/2019
Nome: GENIVAL SOARES DE CARVALHO
CPF: 801.791.503-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

GENIVAL SOARES DE CARVALHO

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333982/19

Número do Sinistro: 3190553569

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

CPF: 801.791.503-91

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: GENIVAL SOARES DE
CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

GENIVAL SOARES DE CARVALHO : 801.791.503-91

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: 13/01/2020
Nome: IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO
CPF: 759.906.103-78

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569

Cidade: Independência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do acidente: 15/06/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO + FRATURA DO 3º E 4º QUIRODÁCTILO DA MAO ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE COM RIGIDEZ ARTICULAR DO 3º E 4º DEDO DA MAO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DA MAO ESQUERDA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569

Cidade: Independência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Data do acidente: 15/06/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO + FRATURA DO 3º E 4º QUIRODÁCTILO DA MAO ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE COM RIGIDEZ ARTICULAR DO 3º E 4º DEDO DA MAO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DA MAO ESQUERDA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE 3º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.03/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.09

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO E K E ALTA MÉDICA. P.03/09

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553569 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL SOARES DE CARVALHO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE 3º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.03/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.09

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR DPVAT

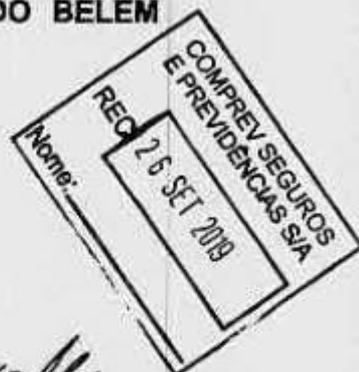
INDEPENDENCIA- CE 20/09/2019

OUTORGANTE: GENIVAL SOARES DE CARVALHO SOLTEIRO
PORTADOR DE RG 329951798 SSP-CE E CPF 801.791.503-91
RESIDENTE BELEM ZONA RURAL DE INDEPENDENCIA

OUTORGADO:IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO BRASILEIRA CASADA
DO LAR, PORTADORA DE RG Nº 2007049518-6 E CPF 759.906.103-78
RESIDENTE NA RUA SÃO VICENTE 944 BAIRRO SÃO VICENTE
INDEPENDENCIA-CE.

PODERES:REQUERER PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT
NAS COBERTURAS INVALIDEZ E/OU DAMS, SOLICITAR, ASSINAR
FORMULARIOS E ENVIAR QUALQUER TIPO DE INFORMAÇÃO OU
PENDENCIAS SOBRE O PROCESSO DE INVALIDEZ E DAMS OCORRIDO
COMIGO NA DATA 15/06/2019 NA LOCALIDADE CERRA DO BELEM
RURAL DE INDEPENDENCIA-CE.

DECLARANTE



CGP2

Genival Soares de Carvalho

GENIVAL SOARES DE CARVALHO	CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNIS 91781-4 INDEPENDENCIA-CE (06) 9 9474 0019 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Reconheço por Autenticidade a [e] firma[s] de: GENIVAL SOARES DE CARVALHO.	
28.08.2019	Nella de Oliveira Lacerda Pacifico, Escrevente.



CARTÓRIO GILVAS PACÍFICO
27 OFÍCIO INDEPENDENCIA-CE
R. N. de Oliveira Lacerda Pacifico
Escrevente Substituta

I - Neste Documento (Reconhecimento de Firma) foi aplicado o selo do Tipo 03, conforme autorização do TJCE, na Portaria nº 1.099/2019, pub. DJE em 09/07/2019.
II - Ao consultar no site do TJCE o Selo 03 - Autenticidade, série IC899940-IC890288, aplicado ao Ato 2001 da tabela de emolumentos do TJCE, neste documento, o usuário deverá selecionar na tela de consulta, do site do TJCE, o selo do tipo 02, conforme Portaria nº 1.099/2019, do TJCE, DJE de 09/07/2019, assegurando assim a validade da substituição.