



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 **WIND.21.00165157-0** em **05/02/2021 10:35:20**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Independência
Processo : 0050285-72.2020.8.06.0092
Protocolo : WIND.21.00165157-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 05/02/2021 10:35:20

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2782301_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2782301_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-27.pdf
Documentação : 2782301_CONTESTACAO_Anexo_02 - 28-45.pdf
Documentação : 2782301_CONTESTACAO_Anexo_02 - 46.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016_LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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: INTERRUPÇÃO 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

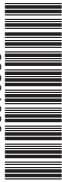
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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





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, 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: INTERRUPÇÃO 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



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, 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: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 7541 4 CONTA: 580760 3

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 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. 34 - Imprescindível a digitalização da assinatura do beneficiário ou representante legal. 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

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

Genival Soares de Carvalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) MACEDO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Bradesco

5067 3178 6191 3306

12-20 0754-4 058078013 03-00

GENIVAL SOARES DE CARVALHO



elo



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: 4 - Nome completo da vítima:

801.791.503-91

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

GENIVAL SOARES DE CARVALHO

801.791.503-91

AGRICULTOR

SETED BELEM

CASA

JORN CURIAZ

INDEPENDÊNCIA

PARA

63640-000

Imagem de 120x120px - com BR

88 99290312

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 POUPANÇA (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)

AGÊNCIA: 754 4 CONTA: 580760 3 (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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) IMACEDO

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]

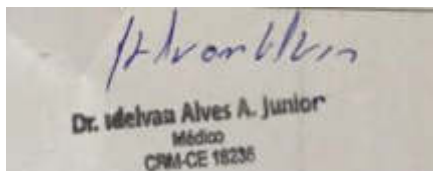
Resultado da Avaliação Médica

- 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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





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

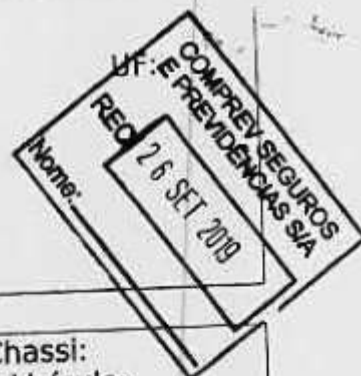
Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 12:03:58**
Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **KM 20 (PROX A LADEI DO BELEM, ZONA RURAL**
- INDEPENDENCIA/CE
Ponto de Referência:

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** CEP: _____
RG: **329951798** Orgão Emissor: _____
Filiação: **TEREZINHA SOARES DE CARVALHO**
GERALDO FERREIRA DE CARVALHO
Endereço: **SITIO BELEM**
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

DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

Consolidado em: 25/09/2019 12:10:25

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/09/2019 12:10:25

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 quelxoso, 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
Claudenisio RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Genival 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: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 7544 M CONTA: 580760 3

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) ☐ 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 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 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.

34 - Imprimado digital do representante legal: 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)

42 - Assinatura do Procurador (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver) MACEDO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAL SOARES DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00754-4

CONTA: 000000580760-3

Nr. Autenticação

BRABESCO1811201905000000000023700754000000580760135000 PAGO

REC-26 SET 2019
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS S/A

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 91.430 de 28 de abril de 2002.

ene

Poté aplicar seu conhecimento, utilize o 1º volume sempre que sentir um certo desconforto.

Companhia Saneamento de Ceará
Rua Padre Iakjevira, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.206.548-9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SEDE ÚNICA | Nº 018751526

Nome ID009001 - 343000 Referencia 09/2019

Nome **IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO**
Endereço **RU SAO VICENTE, 00944, SAO VICENTE, 63640-000**
INDEPENDENCIA

Classificação: INDEPENDENCIA
Modalidade: Residencial Plano
Ligação: B1 RESIDENCIAL
Ligação: Monofásico

Emissão 22/09/2019
Medidor 6304476-ELE-705

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KW)

304E.FEE.0497.F652.56CA.C9B4.DBF3.7E9F

DATAS DE LSTURA

REF: 28.416

Anterior	Apical	P.F.	28 dias
----------	--------	------	---------

16/03/2019	12/03/2019	14/10/2019
------------	------------	------------

Age Group	Number of People
18-24	10
25-34	25
35-44	20
45-54	15
55-64	10
65-74	5
75-84	3
85-94	2
95-104	1

DADOS DA METRICA

Posto	Leil. Atual	Leil. 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	0.00000	0.00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALID 1/91

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC
CUSTO DE DISPONIBILIDADE
ADICIONAL BAND. VERMELHA
DEBITO DE PEQUENOS VALORES

12,09
16,63
1,26
28,17

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	17,88	0,81	0,15
COPINS	17,88	3,69	0,66

05/10/2019	759.906.103-78
CONSUMO CONSCIENTE	759.906.103-78
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/mWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	759.906.103-78
Emissão kg (CO ₂) / Compensação kg (CO ₂) / Compensação Ecológica (NCCO) 10	759.906.103-78

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

REC-26 SET 2019
COMPREY SEGUROS E PREVIDENCIAS S/A



Esta é a sua conta de

12/2019

Nº DO CLIENTE

2593741

VINCENÇÃO

23/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO

16/12/2019

Nota Fiscal - Caixa de Energia Elétrica Grupo S (S) Nota Unica 117F 04/25/117F

Companhia Paragaita de Caxai
Rua Paulo Vitorino, 150, Pôrto de Caxai (CEP 00718-040)
CNPJ 07.047.281/0001-70 (CPF 06.118.446-5)
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

04/25/117F

Á Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

04/25/117F

Á Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

04/25/117F

Á Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

04/25/117F

Á Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

04/25/117F

Á Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
para ser 15,42% do valor da conta

Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO

Endereço ST BELEM 00215

CEP 000-000 TUAIA DT BARRA NOVA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

Medidor 2603285-FAC-006 - TA130R18

Localização MONOFASICO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

LEDO ANT. EFA 4730-006 FASE 1 FAL 1675

CPF 2593741

DATA DE LECTURA

16/12/2019

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

16/01/2020

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVANETA MARIA VIEIRA DE MACÊDO

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

Dedaro 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: RUA SÃO VICENTE

Número: 944

Complemento: CASA

Bairro: SÃO VICENTE

Cidade: INDEPENDÊNCIA

Estado: CE

CEP: 63640-000

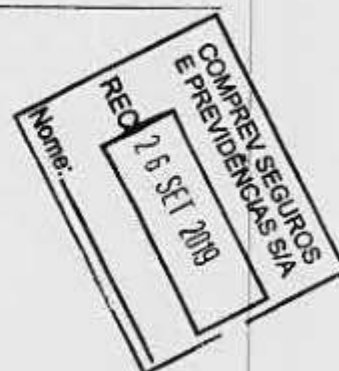
E-mail: IVANETA.MARIA.VIEIRA@LIDER.COM.BR

Tel.(DDD): 88 999290312

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

IVANETA MARIA VIEIRA DE MACÊDO

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 25/05/12

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 886.075.423-20

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

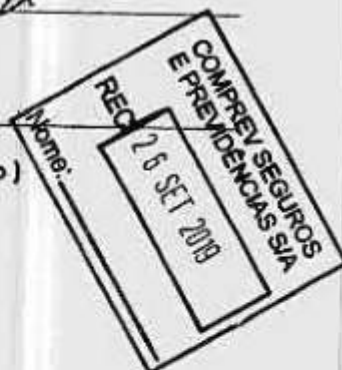
Data do Acidente: 03/06/19

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)



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: 7064071185297
Idade 40 Data de Nascimento: 30/08/78 Sexo: M Naturalidade Luzia
Profissão: Agente Estado Civil: univ. civil Endereço: Belém
Mãe: Fulgênia Soares de Carvalho

Motivo do Atendimento: _____

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

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

Médico Responsável: _____

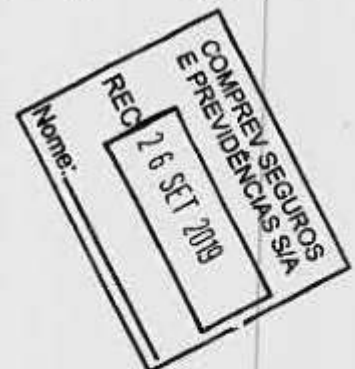
Conduta Médica:

Pol. traumotizado após queda do
motociclista.

CD: Antúpsio + Analgesia + Sutura
+ Imobilização
Transfusão

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

Médico



Antônia Maria da S.
Paciente ou Responsável

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

42019001

DADOS DO PACIENTE

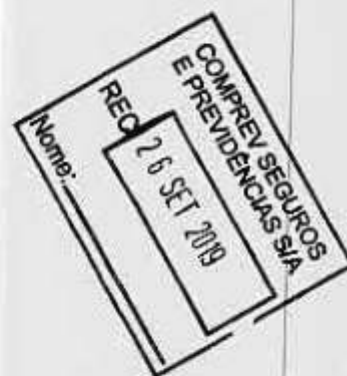
Nome GENIVAL SOARES DE CARVALHO				Prontuário/Atendimento 044531/0008	
Nascimento 10/08/1978		Local INDEPENDENCIA		País Nacionalidade Brasil	
Idade 40 Ano(s)		Estado Civil Casado(s)		Religião	
Sexo Masculino		RaparCor Parda		Etnia	
Documento(s) Identidade: 329951788		CNS 70.4107.118.5279-78			
Endereço CAMPO BELEM		Nº SN ZONA RURAL		Município INDEPENDENCIA-CE	
Fone (88) 3675-1248		Profissão AGRICULTOR		Fone Empresa	
Responsável ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTIN		CPF do Responsável		Fone Responsável (88) 3675-1248	
Endereço Responsável BELEM, SN CASA		Cônjugue 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 INTERNACAO - PS			
Convênio SUS		Matrícula		Autorização	
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		Supervisão	
Data Saída		Hora		Condição de Saída	
Usuário Saída					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

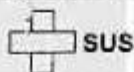
Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores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



CRATEUS, 15 de junho de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

Antônia marlucia
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

(80) 3675-1248

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTIN

14 - TELEFONE DE CONTATO

(80) 3675-1248

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO BELEM, SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

INDEPENDÊNCIA

17 - CDD. 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

Lesão de complicação

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

S62.84

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

04584458358

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 PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Gilvan Roberto Martins
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
Secretaria Municipal de Saúde de Brasília
Departamento de Controle, Avaliação e Monitoramento



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	Telefone 88 36751248	
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)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		35,8	65	20	106 X 61	95	

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 Independência, 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

Antônia Marluça Silva
COREN-CE 887 256 - TE

09:20 Comunicado ao médico
Traumatologista por Telefone.

Patricia Rosa de An
ENFERMEIRA
COREN-CE 233.958



RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA - CRM: 19006

Antônia marluça
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA MARLUCIA SILVA

Cliente: GENIVAL SOARES DE CARVALHO P.044531 05 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 15:34:20

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

Hemácias...: 3,85 milhões/mm³
Hemoglobina: 12,0 g/dL
Hematócrito: 37,0 %
V.C.M.....: 96,1 fL
H.C.M.....: 31,2 pg
C.H.C.M.....: 32,4 %
R.D.W.....: 11,5 %

Valores de Referência:

Masculino	Feminino
4,4 - 5,8	3,8 - 5,2
13,5 - 17,0	11,3 - 15,2
39,0 - 50,0	35,0 - 47,0
80,0 - 96,0	
32,0 - 36,0	
27,0 - 33,0	
11,0 - 16,0	

Observação.: ANISOCROMIA

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: 8.500 céls./mm³

Neutrófilos.....: 63,0 %
Promielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
Mielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
Metamielócitos.....: 0,0 % 0 /mm³
Bastões.....: 0,0 % 0 /mm³
Segmentados.....: 63,0 % 5355 /mm³
Eosinófilos.....: 1,0 % 85 /mm³
Basófilos.....: 0,0 % 0 /mm³
Linfócitos.....: 32,0 % 2720 /mm³
Monócitos.....: 4,0 % 340 /mm³

Adultos: 4.000 - 11.000
4 a 7 anos.: 6.000 - 15.000
8 a 12 anos: 4.500 - 13.500

40 - 75

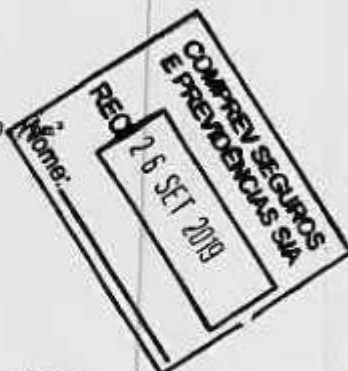
0 - 1	0 - 100
0 - 11	0 - 500
38 - 73	1.500 - 8.000
0 - 6	00 - 600
0 - 2	0 - 100
10 - 45	600 - 3.500
4 - 13	300 - 1.400

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

PLAQUETAS.....: 272.000 /mm³

150.000 - 400.000

Observação.....: Plaquetas morfologicamente normais.



Laboratório de Análises Clínicas
Labmédica
SUA SAÚDE ACONTECE AQUI

DR. EDWYN LOWISI
CRF: 5443

Cliente: 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

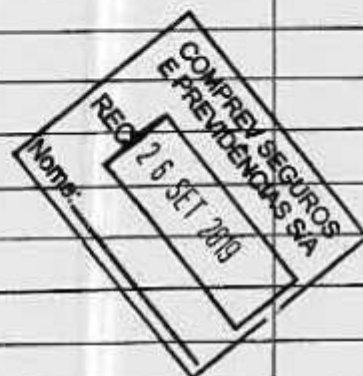
CRF: 5443

DATA	CARIMBO
15/06/15 às 20:40h	
Pt da entrada no urgência da unidade internado após atendi- mento médico nos consultórios. Con- sulty, verbalizando. Vítima de acidente de trânsito (sic). Apresentando lesões generalizadas, trauma em mão (E) com curativo local + fratura da sutura, com edema na região (E). Relatando alergia, nega comorbidades e alergias medicamentosas. Realizado medica- mento, com cura provisória imediata. Aguarda avaliação traumatologia. foi comunicado ao Dr. Jamil por tel- fone. segue I.C.F.	
15.06.15 às 21:00	
paciente consciente, mentado, ver- balizando. Vítima de acidente de trânsito apresenta lesões generalizadas trauma em mão (E) com curativo local + com Edema em Joelho (E) nega comorbidades e alergia medicamentosa. Aguarda a- valiação traumatologia, segue por C.G.F.	
15.06.15 às 23:10	
paciente encaminhada para Clínica Cirúrgica	

ANTONIO MARCELO
CORRETORES DE
LÍNGUA PORTUGUESA

Dr. Fernando Gonçalves Barros
MÉDICO DE EMERGÊNCIA
CRM 10.123

Dr. Fernando Gonçalves Barros
MÉDICO DE EMERGÊNCIA
CRM 10.123





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 19/06/2019 07:00:00

Período: 19/06/2019 07:00:00 à 19/06/2019 07:00:00

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

Antonia Djane Alexandre Pinho
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

Antonia Djane Alexandre Pinho
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, ENTREGUEU AVISO DE ALTA, RECEITAS MEDICAMENTOSAS, RETIRADO AVP

Janilson L. Alencar
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1227113

RESPONSÁVEL: TE: JANILSON LOPES ALENCAR - 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 ASSEPISIA
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° QDRT FEITO DEBRIDAMENTO
APROXIMAÇÃO DA PELE
FEITO CURTIVOL COM NEOMICINA

Jamil S. Jorqueira
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 da Mãe: TEREZINHA SOARES DE CARVALHO
Município: INDEPENDÊNCIA-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: (X) Não () Sim Qual _____

Anestesista: Dr. Jamil Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral (X) Local

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

Cirurgião: Dr. Jamil 1º Auxiliar _____ Instrumentador(a) Thainara /

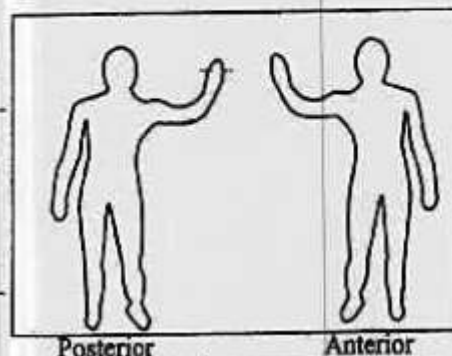
Início da Cirurgia 11:00

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

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| () clorohexidina Degermante | Localização de: |
| () iodopolidona Degermante | (o) Eletrodos |
| () iodopolidona Tópico | (-) Incisão Cirúrgica |
| () álcool iodado | (=) placa de Bisturi |
| () álcool 70% | (#) Drenos |



Posterior

Anterior

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 ferida exposta com

Encaminhamento às 12:00 Para: URPA Exatidão de registro em 45 PDT

com: (X) Curativo - Tipo compressivo () Tubo Endotraqueal

() Dreno () Sonda Vesical

() Imobilizador () Tampão

() Cateter de oxigenio 02 () Bolsa de Colostomia

() Cateter venoso central () Outros _____

(X) cateter venoso periférico () outros _____

Observação: _____

Ass. Caroline Queiroz de Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN 790.859



AVALIAÇÃO MÉDICA**AGRAVAMENTO****Informações da vítima**Nome Completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHOCPF e/ou RG: 803.795.503-93**Informações do Acidente**Data do acidente: 15/06/2019**Avaliação Médica**

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DO 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-
IMAR ESQ., PERDA DO MOVIMENTO DE PINÇA DO 3º AO 5º
QUIRÓDACTILO ESQ.; LIMITAÇÃO LUCE NA 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% Completa2ª 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

06.10.19, CARVALOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150Genival Soares de Carvalho
assinatura da vítima



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 HUMANA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON SARGOZA DE SOUSA

Polícia Distrito

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2907049518 - 8 DATA DE EMISSÃO 27/11/2007

IVANIA MARIA VIEIRA DE MACEDO
EXERCIÇO GOMES VIEIRA DE MACEDO
MARIA ALVES VIEIRA DE MACEDO

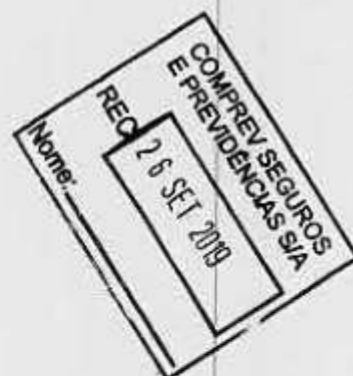
INDEPENDÊNCIA - CE 197804197800070

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: IAPI TERMO: 2295 FOLHA: 81 LIVRO: A3
INDEPENDÊNCIA - CE RG: ANT: 298408745 P.: 138

CPF 759.906.103-78

1 VIA

ASSINATURA DO DETECTOR
LEONARDO DE 290803



REC 26 SET 2019

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENIVAL SOARES DE
CARVALHO

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 LIMITACAO 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 LIMITACAO 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

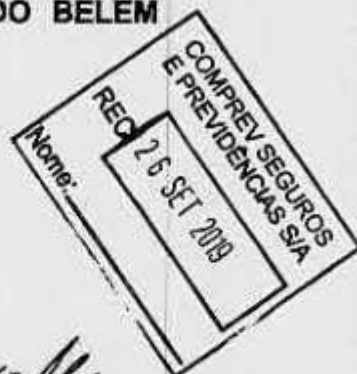
INDEPENDENCIA- CE 20/09/2019

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



Genival Soares de Carvalho

INSTITUTO GILVAS PACÍFICO	CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNE 91781-4 INDEPENDENCIA-CE (06) 9 9474 0019 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) de: GENIVAL SOARES DE CARVALHO.	
28.08.2019	Neila de Oliveira Lacerda Pacífico, Escrevente.

CARTÓRIO GILVAS PACÍFICO
2º OFÍCIO INDEPENDENCIA-CE
Neila de Oliveira Lacerda Pacífico
Escrevente Substituta



VÁLIDO SOMENTE COM O 7º
SELO DE AUTENTICIDADE
28/08/2019 - CGP-CE

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 - Autenticação, série 10889840-1C900288, 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.