



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01861332-3** em **09/02/2021 09:27:45**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0204313-43.2021.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01861332-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 09/02/2021 09:27:45

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2783082_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2783082_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-26.pdf

Downloads

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

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200415333

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 03/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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 Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200415333

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 03/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JAILTON DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000004442

Conta: 0000059243-4

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



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: 011.670.393-86 4 - Nome completo da vítima: JAILTON DA SILVA COMES

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

5 - Nome completo: JAILTON DA SILVA COMES 6 - CPF: 011.670.393-86
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: Rua Eufrásio de Aguiar
9 - Número: 1045 10 - Complemento: AP 303
11 - Bairro: Jardim Macaé 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60340-110
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 85/985376041

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: Itau

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

AGÊNCIA: 4442 CONTA: 59243 (4)
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5
dias

Em até **5 dias** úteis você vai receber uma resposta por e-mail e SMS.



Sua agência e conta:

agência	conta
4442	59243-4

Importante: Sua conta está em análise e vamos te avisar assim que ela for aberta.



Acompanhe o andamento da sua conta por aqui logando com seu CPF e senha

[ir para o site do Itaú](#)





TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JAILTON DA SILVA GOMES

INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Aos 5 dia(s) do mês de Novembro de 2020, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:33 hora(s), presente achava-se **WILDER BRITO SOBREIRA**, Delegado(a), comigo **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JAILTON DA SILVA GOMES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), ensino médio, vendedor, filho(a) de **LUCIO GOMES DA SILVA** e **ANTONIA MARIA DA SILVA**, nascido(a) em 26/11/1986, natural de Fortaleza/CE, CPF: 011.670.393-86, RG: 2001012038155 SSP/CE, residente à Rua do Tocantins, 1045 Apto 102, Jardim Guanabara Fortaleza/CE Brasil. Inquirido(a) pelo(a) Delegado(a), DISSE: QUE, comparece nesta delegacia para prestar declarações acerca dos fatos ora em apuração; QUE, afirma que no dia 03 de julho do ano em curso, por volta das 22h30min, pilotava a motocicleta de placa HXM3595- FAN 125, 2006, com a sua esposa na garupa, na avenida Sargento Hermínio, no sentido ANTONIO BEZERRA-CENTRO; QUE, na altura do Polo de Lazer na referida avenida, o veículo de placas HYM1757, CORSA SEDAN, de cor cinza, que trafegava na mesma avenida no sentido contrário a do declarante, no sentido CENTRO-ANTONIO BEZERRA, fez uma ultrapassagem, saindo do sentido da via em que ele trafegava, entrando na contramão, batendo de frente na motocicleta do declarante; QUE, afirma que o motorista estava com o carro em luz alta e em alta velocidade; QUE, ao bater no declarante, ele entrou numa rua à esquerda e seguiu; QUE, com a colisão, o declarante, bem como sua esposa caíram ao solo e o motorista evadiu-se do local, porém alguns motoqueiros que presenciaram o fato seguiram o motorista, o qual foi alcançado lá na frente; QUE, poucos minutos depois do ocorrido, a viatura da polícia militar passou no local, onde os policiais foram informados sobre o que ocorrera e quando os policiais saíram para diligências no sentido de capturar o motorista, alguns rapazes foram de encontro à viatura e informaram aos policias que o motorista já detido em frente a casa dele, do motorista; QUE, o SAMU foi acionado e após os primeiros atendimentos no local, o declarante, bem como a sua esposa foram socorridos para o IJF-CENTRO; QUE, o


DELEGACIA DO 3.º DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 05/11/2020 16:28:00


Pág. 1 de 3

Impresso em: 05/11/2020 16:36:33



INQUERITO Nº 113 - 382 / 2020

declarante sofreu fraturas dos dois pés, ficou internado uma semana no referido hospital, onde foi submetido a tratamento cirúrgico; QUE, afirma que familiares do declarante compareceram ao local e presenciaram o momento da prisão do infrator deste procedimento, o qual estava naquele momento visivelmente embriagado ;QUE, afirma que só hoje compareceu nesta delegacia para prestar declarações pois estava sem condições de vir; QUE, afirma que ainda encontra-se em tratamento e que não está totalmente recuperado; QUE, afirma que é autônomo e que está sem trabalhar desde quando aconteceu o fato e que está dependendo do auxílio emergencial do governo; QUE, o motorista não prestou socorro e que além de ter se evadido do local, não procurou o declarante em momento algum para saber como estava o estado de saúde do declarante e da sua esposa; QUE, em momento algum o autor prestou assistência ao declarante e nem a sua esposa; QUE, afirma que o declarante e a sua esposa tem 06 filhos menores e todos dependem do declarante e da sua esposa; QUE, o declarante mora de aluguel e encontra-se passando algumas necessidades haja vista não ter condições de trabalhar devido o seu estado de saúde, inclusive está com aluguel e algumas contas em atraso de pagamento; QUE, afirma o declarante que ainda está comprando muitos remédios e fisioterapias para a sua esposa, que foi submetida a tratamento cirúrgico também , pois ela sofreu fraturas exposta do fêmur tibial esquerdo e fratura exposta do planalto tibial esquerdo, joelho flutuante e tornozelo; QUE, hoje foi expedida uma Guia ao IML para o declarante realizar o Exame de Corpo de Delito.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou o(a) Delegado(a) encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) que o digitei.

Delegado(a) _____

Declarante _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL



INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Escrivã(o) : _____

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: 011.670.393-86 4 - Nome completo da vítima: JAILTON DA SILVA COMES

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

5 - Nome completo: JAILTON DA SILVA COMES 6 - CPF: 011.670.393-86
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: Rua Eufrásio de Aguiar
9 - Número: 1045 10 - Complemento: AP 303
11 - Bairro: Jardim Macaé 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60340-110
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85/985376041

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

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

AGÊNCIA: 4442 CONTA: 59243 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, Fortaleza, 10/05/2019

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



P-244288/2020 RA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DATA: 15/11/24
 PUNTO DE APOIO: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: 1046
 TURNO: 5N EQUIPE: Bárbara S. / Silvia Helena / Marcelo
 NOME: Dr. Gailton da Silva Gomes IDADE: 33 SEXO: M
 ENDEREÇO: Av. Sargento Hermínio, 2311
 REFERÊNCIA: Viz. a Delicia do Boião
 Q1Y: 23:10 QUS: 23:15 QUY: 23:45 QUU: 00:35
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Polício carne x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO: ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE POR: _____

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO): ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

RESPIRATÓRIO: ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

PULSO: ☒ NIRMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

PELE: ☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA

ENCHIMENTO CAPILAR: ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO: ☒ SIM ☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR: ☒ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

RESPOSTA VERBAL: ☒ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

RESPOSTA MOTORA: ☒ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

ESCALA: 15

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

ADULTO:

LESÕES: Edema e excoriações em MMII

PEDIÁTRICO:

SAMPLA

70 bpm PA: 120x70 mmHg FR: — GLIC: 74 mg/dl OXIM: 92% AA TEMP: —

Pot. 33a, masculino, consciente, orientado, vítima de edema carne x moto, apresentando edema em MMII e excoriações, relatando ingestão de bebida alcoólica, resaca visível e ponteleiras, presença de ferimentos no acidente. HTA por Dr. Bianca que orientou remissão para o IJF Centro. Sem intervenções.

Carla Pereira Araújo
 COREN-CE 595.141-ENF



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a) **Jailton da Silva Gomes** - C.P.F. - 011.670.393-86, no dia **03/07/2020**, às **23h15min**, na **Avenida Sargento Herminio Sampaio**, no **Bairro São Gerardo**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo Nº **P244288/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.


Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P244288/2020**.


Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Dia); Onde esclarecemos que a provável Data seja (03/07/2020).

Fortaleza, 11 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON DA SILVA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04442

CONTA: 000000059243-4

Autenticação:

65A90A8FE1299687B19F796511D39CDD092CD66198F15B7F17E097BD60BBDA3A

83860000000 0 76530031020 9 01229393607 6 00010145036 2

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 Admissão: 03/07/2020 23:55
 Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
 Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60340-110 Bairro: JARDIM IRACEMA
 Endereço: RUA RIO TOCANTINS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador ANDREA TOMÉ SOMBRA COREN:50801 Horário 03/07/2020 23:57
 Queixa: TRAZIDO PELO SAMU COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO EDEMA EM MMII (ESPOSA COM FRAT. DE FEMUR)
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ EDEMA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR CRM: 10585 Nº: 641902 Horário 04/07/2020 00:09
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Exo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM EDEMA EM TNZ DIREITO E PE ESQUERDO E DORES EM MMII.

ALTA

Data: 07/07/2020 16:56

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
04/07/2020 01:07	ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR	# TRAUMATOLOGIA # MASCULINO, 33 ANOS, RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 03/07/2020, FRATURA FECHADA DO TORNOZELO BILATERALMENTE + FRATURA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES EDEMA DOS MMII RELACIONADO AO TRAUMA PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS CONDUTA: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA ELETIVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

22 07 2020
 51022,
 JAILTON DA SILVA GOMES

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 Admissão: 03/07/2020 23:55
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:
Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
CEP 60340-110 Bairro: JARDIM IRACEMA
Endereço: RUA RIO TOCANTINS

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLOS - INP
FORTALEZA
PELO SISTEMA SUS
DATA 22 / 07 / 2020
MATRÍCULA 51022
Paulo José

Num. AIH: 232018261659-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2020 Data de Emissão: 04/07/2020

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Orgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0003
Doc. autorizador: 121032051720001 Doc. med resp: 206633842350003 Doc. diretor clin.: 210158059320008 Doc. médico solíc: 206633842350003
INES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 70050913891450
Paciente: JAILTON DA SILVA GOMES Prontuário: 2456199 Laudo:
Data Nasc.: 26/11/1986 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.
Responsável pac.: JAILTON DA SILVA GOMES Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Endereço: TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60310-010 Telefone: (85) 4856-68150
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S820-FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 04/07/2020 Data saída: 08/07/2020 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]
CNPJ do Empregador: CNAER:
Vínculo com a previdência: CBO:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS]

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.057-8 206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TIBIO
2 04.08.05.057-8 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TIBIO
3 07.02.03.003-0 09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 072020	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSO)
4 04.08.05.066-7 206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAB
5 04.08.05.066-7 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAB
6 08.02.01.001-6	0	3969800	3969800	4 072020	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM VEICULO)
7 04.01.01.001-5 206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	1 072020	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.008-7 3969800	0	3969800	3969800	3 072020	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSELO
9 02.02.02.038-0 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	HEMOGRAMA COMPLETO
10 02.02.01.069-4 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE UREA
11 02.02.01.031-7 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE CREATININA
12 02.02.01.063-5 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE SODIO
13 02.02.01.060-0 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE POTASSIO
14 02.02.03.020-2 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
15 02.02.02.013-4 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
16 02.02.02.014-2 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA FIB

VALORES DA PRÉVIA]

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Direto +		+ Rateado +		+ Total +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	681,12	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00	0,00	0,00	955,31	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	148,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	148,40	0,00
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00	0,00
Total Geral:	893,92	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00	0,00	0,00	1168,11	0,00

DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES]

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Serie	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 36786	09.069.959/0001-58				



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600133546
NÚMERO DA AIH: 2320102616590

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/11/1986 - 33 anos

NOME DA MÃE: ANTONIA MARIA DA SILVA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PARQUE GENIBAU

CEP: 60534460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S930 - Luxação da articulação do tornozelo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050497-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016004175973 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/07/2020 - 11:31 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 06/07/2020 - 07:58

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2 | 5 | 2 | 9 | 1 | 4 | 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:
JAILTON DA SILVA GOMES

6 - PRONTUÁRIO:
5672201

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
700509138934558

8 - DATA NASCIMENTO:
26/11/1986 - 33
ano(s)

9 - SEXO:
() M () F

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE/PAI:
ANTONIA MARIA DA SILVA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
N.I.

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
RUA RIO TOCANTINS 1045 AORT 303 JARDIM IRACEMA

16 - MUNICÍPIO:
FORTALEZA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE TORNOZELO, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX: TORNOZELO

24 - CID 10
S930

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050497

29 - CLÍNICA:
TRAUMATO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO
04/07/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

HOME > INICIAR > CREDENCIAMENTO > CREDENCIADO > INSTITUTO DE PRONÓSTICO > CENTRAL DE REGULAÇÃO

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES



NOME DA MÃE

ANTONIA MARIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5672201

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/11/1986 - 33 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

BAIRRO

PARQUE GENÍBAU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600133546

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044051 - FORTALEZA

DATA - HORA

04/07/2020 - 11:31

PROFISSIONAL

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021002638	04/07/2020	16:23	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
ELETIVO				12600133546
Origem do Paciente				Clínica/Especialidade
IJF				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante				Médico Responsável
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO				4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
Procedimento Solicitado				Dias
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES	MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor	Estado Civil
26/11/1986 33 Anos PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Pai
ANTONIA MARIA DA SILVA	
Conjuge	Responsável
	ANTONIA MARIA DA SILVA
	Documento Informado
	NÃO INFORMADO
	Município de Naturalidade
	FORTALEZA/CE
	CEP
	60340-010
	Logradouro
	RUA TOCANTINS
	Bairro
	JARDIM IRACEMA
	Ponto de Referência

CNS Registro
700509138934558 202002570002231
País Documento Informado
BRASIL NÃO INFORMADO
Município de Residência
FORTALEZA/CE
Número Complemento
1045
Fone Móvel Fone Fixo
(85)9856.66158

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA
===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

ANTONIA	Acomodação/Leito
Tipo de Acomodação	222/3
ENFERMARIA	Clínica
Atendente: maria	CLÍNICA CIRÚRGICA
	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03

Data: 04/07/2020 Hora: 16:32:52 Tempo: 00:08:54
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

ANTONIA MARIA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JAILTON DA SILVA GOMES, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 04 de julho de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número 202021002638 Data 04/07/2020 Hora 16:23 Convênio/Plano INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇAO S
Médico Solicitante CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado 0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito 222/3 Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome JAILTON DA SILVA GOMES Sexo MASCULINO
Nascimento 26/11/1986 Idade 33 Anos Religião NÃO INFORMADO Prontuário 2456199 Registro 202002570002231

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal S930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
Procedimento Realizado 0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU
Data 08/07/2020 Hora 16:00 Motivo ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JAILTON DA SILVA GOMES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 08 de julho de 2020

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: lilianbaia

Data: 08/07/2020 Hora: 16:01:26

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

ALTA HOSPITALAR

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078 CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2456199 202002570002231

===[RESERVA/AUTORIZAÇÃO]=====

Reserva: _____ Autorização: _____

===[PROCEDIMENTOS ESPECIAIS REALIZADOS]=====

[] Nebulização [] Ecografia [] Eletrocardiograma
[] Fisioterapia [] Hemoterapia [] Laboratório
[] Nutrição Enteral [] Nutrição Parenteral [] Órteses e Próteses
[] Raio-X [] Tomografia Computadorizada

===[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]=====

_____ CID10 []

_____ Código []

===[ALTA]=====

Data Hora Motivo
10/07/2020 16:00 Alta médica

===[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]=====

ASSINATURA

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente: JULIANA

Idade: 30

Sexo: F

Endereço: Av. ...

Profissão: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Relatório de Anestesia: ...

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início da Oxigenio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos de Anestesia

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia
LIMPA
POT. CONTAMINADA
CONTAMINADA
INFECTADA

Assinatura da Enfermeira(o)

Dr. Marcos Marques Dantas
Anestesiologista
CRMCE: 2021
CPF: 045.085.213-04



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/A Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Anjo Mayor - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 Fone/Fax: (85) 3223-2073
www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospital@fernandes-tavora.com.br

Data: 11/07/2011

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Mr. Ferreira, J. A.

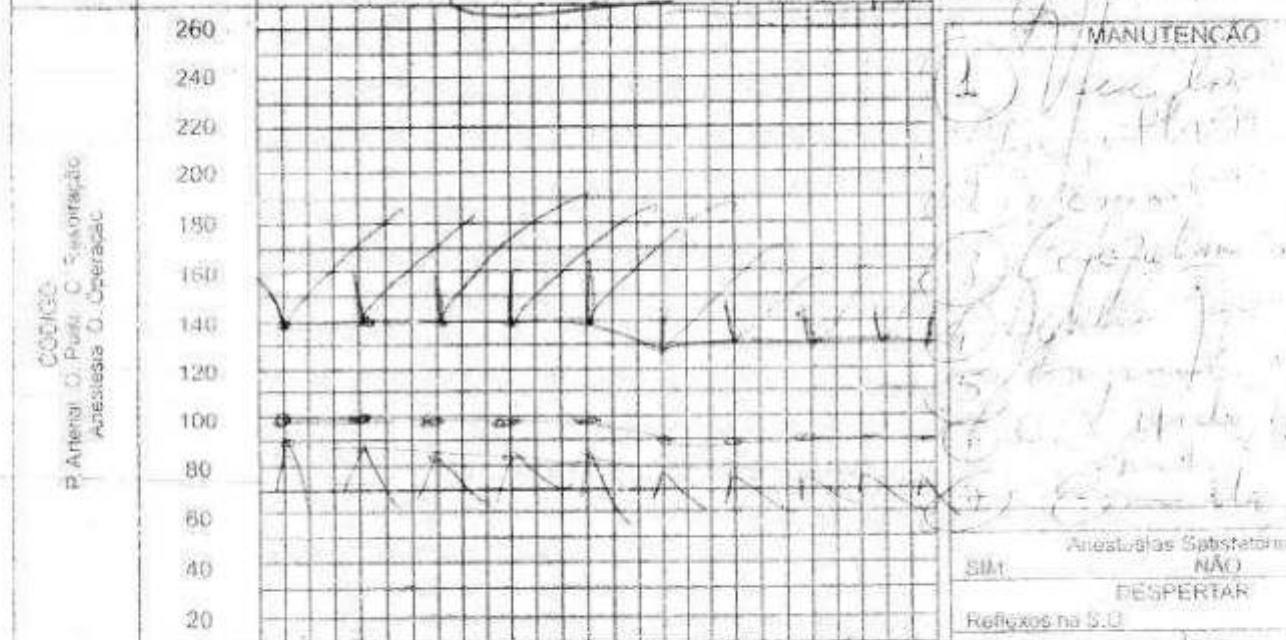
Nº Prontuário: 11111 Nº Controle: 1111 Enf.: 1111 Leito: 1111

Cirurgião: Dr. 1111 Tempo de Sala: 1111 Tempo de Oxigênio: 1111

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP	PR. ART
<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>
TIPO SANGÜINEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	TRIGL	
<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>	<u>1111</u>

Ap. Respiratório: 1111 Ap. Circulatório: 1111 Ap. Digestivo: 1111 Dentes: 1111 Pescoço: 1111
Ap. Urinário: 1111 Diagnóstico Pre-Operatório: 1111 Risco: 1111

Anestesias Anteriores: 1111 Medicção Pré-Anestésica: 1111 Aplicada às: 1111 Efeito: 1111



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FISCALIZAÇÃO

NOME
JAILTON DA SILVA GOMES

RELACÃO
LUCIO GOMES DA SILVA
ANTONIA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO 26/11/1986 NATURALIDADE FORTALEZA - CE
ORGÃO EMISSOR SSPDS-CE TÍTULO ATOR RM XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEIA: 16 DE 24 DE AGOSTO DE 1988

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX GH XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL 2001012038155 LOCAL P. 4 DATA DE EMISSÃO 17/06/2018 OUTRO RG 2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 3ª ZONA TERMO: 0141668 FOLHA: 00000381
LIVRO: 400100 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELETOR XXXXXXXXXXXXXXXX CTPS XXXXXXXXXXXXXXXX SÉRIE UF XXXX XX

PROFISSÃO XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX CBR XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODA A TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
011.670.393-86

Nome
JAILTON DA SILVA GOMES

Nascimento
26/11/1986

RECIBO
AUTOM

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015700181235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07791891328

HXM3595 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15700181235

94201193716

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	16/10/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	07791891328	HXM3595

RENAVAM	MARCA / MODELO
888841485	HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.	CAT. TARE.	Nº CHASSI
2006	09	9C2JC30706R908361

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAG. PLO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	04/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E769093

01570018
RECIBO C

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

DE

HXM3595

CÓD. RENAVAM

888841485

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 015700181235

DIG 1 888841485 0000000000 2019

EDIVANNO BORGES DOS SANTOS
MARACANAÚ / CE

07791891328 HXM3595/CE

9C2JC30706R908361

HONDA/CG 125 FAN 2006 2006

2P/12CV/124CC PARTIC PRETA

80.11 0.32 84.58 04/10/2019

16/10/2019

CENº 015700181235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07791891328 HXM3595 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

07791891328 16/10/2019

888841485 09 9C2JC30706R908361

36.05 4.01 40.05

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: JC30E7690

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

RECIBO CE

HXM3595

0000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-10-11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

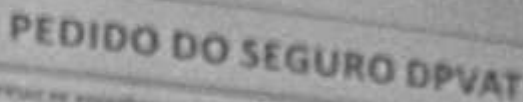
**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



11

51 *Journal of Management Inquiry* 16(1) Springer

1011 670 391-75 Fulton St. N. Y. C.

[Handwritten signatures and notes at bottom of page]

60340 303
60340 110
(8) 7032-604

[Handwritten signature]

C# 60340-110
[Stamp: 1987]

Sauva de reprezentante local, futor e tuncior pake otimal/nepiclaro mende inter e a la area du me lony com tuncior

per complete de Reprezentante local

In Reprezentant

1.7. Numele corporului de reprezentanță legală:

18 - 20% der Bevölkerung leben

24. *Methods in Representation Theory*

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECEBIO INFORMAR ☐ RECEBIO A RECEBIMOS ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS
☐ SEM RENDA ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS
 27- BANCOS BANCARIOS ☒ JANEIRO DA INDICACAO ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS
☐ CONTAS BANCARIAS ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS ☐ RECEBIMOS A RECEBIMOS

☐ CONTA POUANÇA (Depositar para as férias, abono, Anuário, entre outros)

☐ Salário (320) ☐ Rpi (340)

☐ Renda do Brás (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

☐ REPRESENTANTE GERAL DO SINDICATO DA INDÚSTRIA DE CIMENTO DO PIAUÍ

☒ CONTA CORRENTE (Saldo em espécie)

Nome do Banco: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

[illegible]

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRECISEMENTE JORNADA PARA SUBSTITUIÇÃO DE INVALÍDEZ PESSOALMENTE

Desfrute, até 30 dias, de um teste gratuito de 30 dias de acesso ilimitado a todos os conteúdos da plataforma de ensino da Sigara Digital. Quer saber mais? Clique aqui.

- O Sítio que atende à região do acidente ou da morte ressaltando os
- O Sítio que atende à região do acidente ou da morte ressaltando não realiza paradas para fins de segurança, porém
- O Sítio que atende à região do acidente ou da morte ressaltando

Salvo o aproveitamento de análise de água potável de indústrias de "segunda ordem" por sistemas permanentes, com base na documentação enviada apresentada com a apresentação de laudo de fato, considerando, desde já, sempre caberem a análise mediante protocolo, pelo Ministério, de acordo da Secretaria-Lider para verificação da existência e localização de estações de tratamento dos efluentes permanentes, decorrentes de atividade de indústria química que vença, automaticamente, conforme o disposto no art. 6.º, III, 1.º.

Declaramos que esta autorizaç o n o significa aceita a ou aprova a da Sociedade por qualquer forma de interven a ou participa a da sociedade, nem desaprova a da sua administra a.

DECLARAÇÃO DE UNICA BENEFICIÁRIA: INDICADAMENTE CONHECIDA NA COMISSÃO DE SELEÇÃO

☐ **Stato** ☐ **Industria** ☐ **Commercio** ☐ **Trasporti** ☐ **Alimentazione** ☐ **Altre** ☐ **Altro**

26 - Valore stesso comparandolo. ☐ Sì ☐ No

Alfalfa Wheat?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	28 - Is there stress, infection injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	29 - Alfalfa stress, injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	30 - Alfalfa stress, injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	31 - Is there stress, infection injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	32 - Alfalfa stress, injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-------------------	---	--	---	---------------------------------	---	---------------------------------	---	--	---	---------------------------------	---

Nota sobre: Os sur e legisladores não pagam, não devem, a indenização de segun OPAO que morte segun beneficiaria sua de sobrevivente. Aumento este constitui, quando certo, ainda, de que qualquer detido ou detida não confiamos contra por a culpa de morte e não devida, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 219 do Código Penal.

50 - Manual inginerilor de calcul electronic a partitiei de calcul

24. CPN segues to point source 1 and 200 ft to right

22. *Decorazione in gesso, prima e seconda mano*

Signature: _____

444 Journal of Interpersonal Violence

42. Australia is represented by _____ in the UN.

22. Auswirkungen der Finanzkrise 2007/2008

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 03/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

JAILTON DA SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-10-11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 03/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

JAILTON DA SILVA GOMES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA