



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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461608

Vítima: PAULO SERGIO DE SOUSA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461608

Vítima: PAULO SERGIO DE SOUSA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: PAULO SERGIO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 32

Conta: 0000095487-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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





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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461608

Vítima: PAULO SERGIO DE SOUSA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/09/2019, 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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000095487-6

Nr. da Autenticação C8D93E0DA50F3FF9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190461608 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO)(PÁG.8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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:

053261653-05

Paula Seregi de Sousa

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

5 - Nome completo:

Paula Seregi de Sousa

6 - CPF:

053261653-05

7 - Profissão:

Autônoma R. José Luzena de Pinheiro

9 - Número:

93

10 - Complemento:

Lara

11 - Bairro:

Plebrudas

12 - Cidade:

Juazeiro do Norte

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

63038550

15 - E-mail:

(98)99981-8213

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

00329

CONTA:

000954876

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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 (ou nascidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

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 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, Juazeiro do Norte - CE 31/07/2019.

X Paula Seregi de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8789 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2019 08:19:17**
Data / Hora da Ocorrência: **01/04/2019 06:45:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA QUE DÁ ACESSO AO LOTEAMENTO OÁSIS**
Complemento:
Bairro: **BETOLÂNDIA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **CAMPO DO GUARANI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO SERGIO DE SOUSA**
Nascimento: **01/10/1973** CPF: **013.261.653-05**
RG: **2001029001004** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA**
FRANCISCO BENEDITO DE SOUZA
Endereço: **RUA JOSE BEZERRA PINHEIRO, 80 PEDRINHAS**
Bairro: **AEROPORTO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98809-2259**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POA8302** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JB0100KR114025 Renavam: **1185353620** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação:
2019 Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **JOAO PAULO PEREIRA DE SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que NÃO É HABILITADO e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima qualificada, quando um cachorro passou, repentinamente, na frente da moto. QUE bateu no cachorro, em seguida, caiu ao solo; QUE instantes depois foi socorrido por um amigo de nome Bruno, técnico de segurança da firma em que trabalha, para a Unidade de Pronto Atendimento-UPA, depois encaminhado para a Secretaria de Saúde do Município e, em seguida para o Hospital de Fraturas do Cariri, onde foi submetido a uma cirurgia, tudo ocorrido nesta cidade de Juazeiro do Norte; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

Paulo Sergio de Sousa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019520196



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8789 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Sérgio de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

02 AGO 2019

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:

053261653-05

Paula Seregi de Sousa

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

5 - Nome completo:

Paula Seregi de Sousa

6 - CPF:

053261653-05

7 - Profissão:

Autônoma R. José Luzena de Pinheiro

9 - Número:

93

10 - Complemento:

Lara

11 - Bairro:

Plebrudas

12 - Cidade:

Juazeiro do Norte

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

63038550

15 - E-mail:

(98)99981-8213

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

00329

CONTA:

000954876

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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)

☐ 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 (ou nascitor)?

☐ 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 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, Juazeiro do Norte - CE 31/07/2019.

X Paula Seregi de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

534498

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 01/04/2019
Hora: 07:21

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 46480 PAULO SERGIO DE SOUSA
Responsável: PAULO SERGIO DE SOUSA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA
Endereço: RUA JOSE BEZERRA PINHEIRO, 93, AEROPORTO -

Nasc: 01/10/1973 Idade: 45
Telefone: (88) 8809-2259 Celular: (88) -
CEP: 63.021-060 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 708209651481046

Doc. Identidade: 200102900100 Guia:

Autorização

Trabalho:

Validade da Carteira

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

MOTOCICLISTA VITIMA DE ACIDENTE, MOTO X CACCHORO HÁ 02 HORAS
REFERE DOR INTENSA EM PÉ ESQUERDO

Observação

RX DE PÉ ESQUERDO
ANALGESIA.

Exame Físico

EDEMA, DOR A PALPAÇÃO EM PÉ ESQUERDO
INCAPACIDADE DE LOCOMOÇÃO

Classificação de Risco

Classificação.: AMARELO

Queixa.: QUEDA DE MOTO, DOR EM MIE

Conclusão Diagnóstica

CID-10 V299

Evolução/Anotação de Enfermagem

COMPROVAÇÃO DE ATO
DECLARATÓRIO

02 AGO 2019

DR. DANILO DE MELIS
MÉDICO
CRM-CE 20123

DANILO DE MELIS
CRM: 20123 / CE

Diretor Médico

Nº DO CLIENTE

7698512

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047231/0001-70 | CGF 05.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

567713571

Rota 18 13000 12 241200 - 1

Data de Emissão 27/03/2019

Nome ANA LUCIA PEREIRA DE SOUZA

End. Postal RU JOSE BEZERRA PINHEIRO 00093

PEDRINHAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63018510

Medidor 25054359

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 990119993-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mar/2019
Data de Apresentação 27/03/2019
Previsão Próxima Letura 26/04/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta.

Conjunto Jan/2019

Mês Jan/2019

ELSD 50.00

DICRI= 0.00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 168,51
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 45,49

Padrão Individual

Mensal 4,95
Trim. 14,85
Anual 148,51

Apuração Individual

Mensal 3,16
Trim. 9,48
Anual 94,44

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7950.4600.F34F.C04C.2951.8504.0076.1077

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 8899	9561	1,00	238	0,00	238	0,73000	168,51
27/03/19	23-02/19		32 D148		238		168,51

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
QUOTA PARCELAMENTO 6/10
MULTA MORATORIA REF 02/2019
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
VIVA TRANQUILO - 0800 600 0560
INDENIZACAO MENSAL DHIC

VALOR (R\$)
168,51
37,85
3,46
26,39
9,90
-0,40

VENCIMENTO 03/04/2019

TOTAL PAGAR (R\$) 245,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	64,80
Distribuição	30,51
Encargos Setoriais	9,79
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	51,29
TOTAL	168,51

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

179	238	236	209	179	202	184	176	162	154	94	113
Mar	Apr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão (CO₂) 92,92

Compensação (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Draydo Aulso

Mar/2019

02 AGO 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 577492402

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
JUN/2019Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
9663946 DV **6**VENCIMENTO
17/06/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
61,42

Rota 05 013000 11 0517400

Nome JOSELIA BESERRA MOREIRA

Endereço Postal

Medidor

2731180

Poste

0000 0

End. da Unidade

Consumidora

AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653 TIRADENTES JUAZEIRO
DO NORTE 63010000

RG / CPF / CNPJ

953.188.283-53

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5108	5001	1	107	0	107

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18577	5,57
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,31847	22,29
Consumo faixa 101-220 Kwh	7	0,47772	3,35

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

0,93

29,28

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

10/06/2019

Prev. Próxima
Leitura

12/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6916.F874.F2AA.D4A3.DB9.74EE.0F2D.CD24

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	16,73
TRANSMISSÃO	1,32
DISTRIBUIÇÃO	9,82
ENCARGOS SETORIAIS	2,23
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,04

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

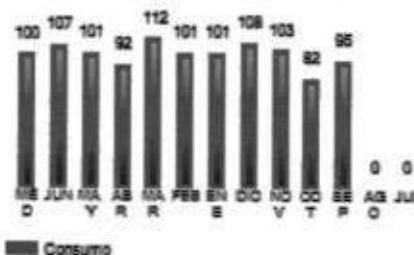
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 10,51

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIc (h)	4,95	9,91	19,82	0,90	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,90		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

9663946-6

Nº da Nota Fiscal: 577492402

Total a Pagar (R\$): 61,42

Data de Emissão:

25/07/2019

Referência: JUN/2019

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

02 AGO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Damião Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 968.453.503, 10 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paula Siqueira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 013263653, 05

do sinistro de DPVAT cobertura Intitulado da Vítima Paula Siqueira de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 013263653, 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: AV:Sebastiao mariano da silva

Número: 653

Complemento: casa

Bairro: Tiradentes

Cidade: Juazeiro do Norte

Estado: CE

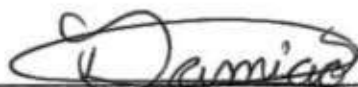
CEP: 63000000

E-mail: _____

Tel.(DDD): 88 999818213

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE

data: 31 / 07 / 2019



Assinatura do Declarante

02 AGO 2019

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 João Paulo Pereira de Sousa
RG nº 2008530285-0, data de expedição 19/06/2013
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 072 049 753 16
com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: José Bezerra Pinheiro, nº 93
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Sergio de Sousa, cujo o condutor era
Paulo Sergio de Sousa.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Pop 109 Ano: 2019
Placa: POA 8302 Chassi: 9C2JB0100KR114025
Data do Acidente: 01/04/19

5º OFÍCIO

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE Data: 01/AGOSTO/2019

X João Paulo Pereira de Sousa

Assinatura do Declarante

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



02 AGO 2019

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N

Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE

E-mail...:

534498

CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 01/04/2019

Hora: 07:21

Data de Saida:

Hora de Saida:

Paciente

Nome: 46480 PAULO SERGIO DE SOUSA

Responsável: PAULO SERGIO DE SOUSA

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA

Endereço: RUA JOSE BEZERRA PINHEIRO, 93, AEROPORTO -

Nasc: 01/10/1973

Idade: 45

Telefone: (88) 8809-2259

Celular: (88) -

CEP: 63.021-060 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 708209651481046

Doc. Identidade: 200102900100

Guia:

Autorização

Trabalho:

Validade da Carteira

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento 2

Queixas do PacienteMOTOCICLISTA VITIMA DE ACIDENTE, MOTO X CACCHORO HÁ 02 HORAS
REFERE DOR INTENSA EM PÉ ESQUERDO**Observação**RX DE PÉ ESQUERDO
ANALGESIA.**Exame Físico**EDEMA, DOR A PALPAÇÃO EM PÉ ESQUERDO
INCAPACIDADE DE LOCOMOÇÃO**Classificação de Risco**

Classificação.: AMARELO

Queixa.: QUEDA DE MOTO, DOR EM MIE

Conclusão Diagnóstica

CID-10

V299

Evolução/Anotação de EnfermagemDR. DANILO DE MELIS
MEDICO
CRM-CE 20123DANILO DE MELIS
CRM: 20123 / CE

02 AGO 2019

Diretor Médico



Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telephone: (088) 2156-2188

133804

534498
Prontuário

133804 Prescrição

Prescrição Médica

Nome: PAULO SERGIO DE SOUSA
Ala/Leito: Leito de Observação
Convênio: SUS

DI/Hr: 01/04/2019 08:15
Nasc: 01/10/1973 Idade: 45

APRAZAMENTO

Pág: 1

Repouso No Leito

Medicações

1 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM

[illegible]

Cód. Aprazador

02 AGO 2019

DR. DANILO DE MELIS
MÉDICO
CRM-CE 20123



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI



BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 17144 Registro: 8007 Data/Hora: 08/04/2019 08:45
Paciente: PAULO SERGIO DE SOUSA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA
Nasc: 01/10/1973 RG: 2001029001004 CPF: 013.261.653-05 Sexo: Masculino
Idade: 45 anos, 6 meses e 7
Endereço: R JOSE BARBOSA Nº 93 Bairro: VILA NOVA / AEROPORTO
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: PREF. DE JUAZEIRO Carteira:
Fone: 0 - 888802059
Profissão: NENHUM CBO Atendente: WESLEY
Tipo de Acomod.: Enfermaria Bloco: POSTO II Quarto: 09 Leito: 1
Médico Responsável: 002254 JOAO BOSCO DE MENDONCA E SILVA

Historia Clinica ou resumo :

Acidente de trânsito com fratura de fêmur 2

Exames complementares:

*Hemograma completo
VRBCs contínuo feminino E.C*

Diagnostico :

Fratura do fêmur 2

(☒) Agudo (☒) Crônico () Tempo de Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: ____

Causa: ____

Data:

09/04/19

Paulo Sérgio Pereira de Sousa

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

02 AGO 2019



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI



BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 17144 Registro: 8007 Data/Hora: 08/04/2019 08:45
Paciente: PAULO SERGIO DE SOUSA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA
Nasc: 01/10/1973 RG: 2001029001004 CPF: 013.261.653-05 Sexo: Masculino
Idade: 45 anos, 6 meses e 7
Endereço: R JOSE BARBOSA Nº 93 Bairro: VILA NOVA / AEROPORTO
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: PREF. DE JUAZEIRO Carteira:
Fone: 0 - 888802059
Profissão: NENHUM CBO Atendente: WESLEY
Tipo de Acomod.: Enfermaria Bloco: POSTO II Quarto: 09 Leito: 1
Médico Responsável: 002254 JOAO BOSCO DE MENDONCA E SILVA

Historia Clinica ou resumo :

*Admissão Acidente de
travessia com fratura de
do fêmur esquerdo 2*

Exames complementares:

*Exame físico completo
sem alterações significativas B.C*

Diagnostico :

Fratura do fêmur esquerdo 2

(☒) Agudo (☒) Crônico () Tempo de Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()
Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()
Indisciplina ()

Hora:
Transferido ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: *09/04/19*

Paulo Sérgio Pereira de Sousa

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

02 AGO 2019



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / INTERCORRÊNCIAS / JUSTIFICATIVAS
TRANSOPERATÓRIO

NOME:

Paulo Sérgio de Sousa

Nº DO PRONTUÁRIO:

8007

MÉDICO:

CONVÊNIO:

A. M. J. D. O. - 18

DATA:

11/04/2019

Ataque Anestésico

Assessoria

Isquemia M25

Mecanismo de lesão do

Articulação Extrema

Articulação & Abertura

de Alveos

Articulação

Fratura da

Articulação do

Articulação

Articulação

3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

+ Fratura

com uma lesão do

+ Articulação

+ Fratura

Articulação

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira:

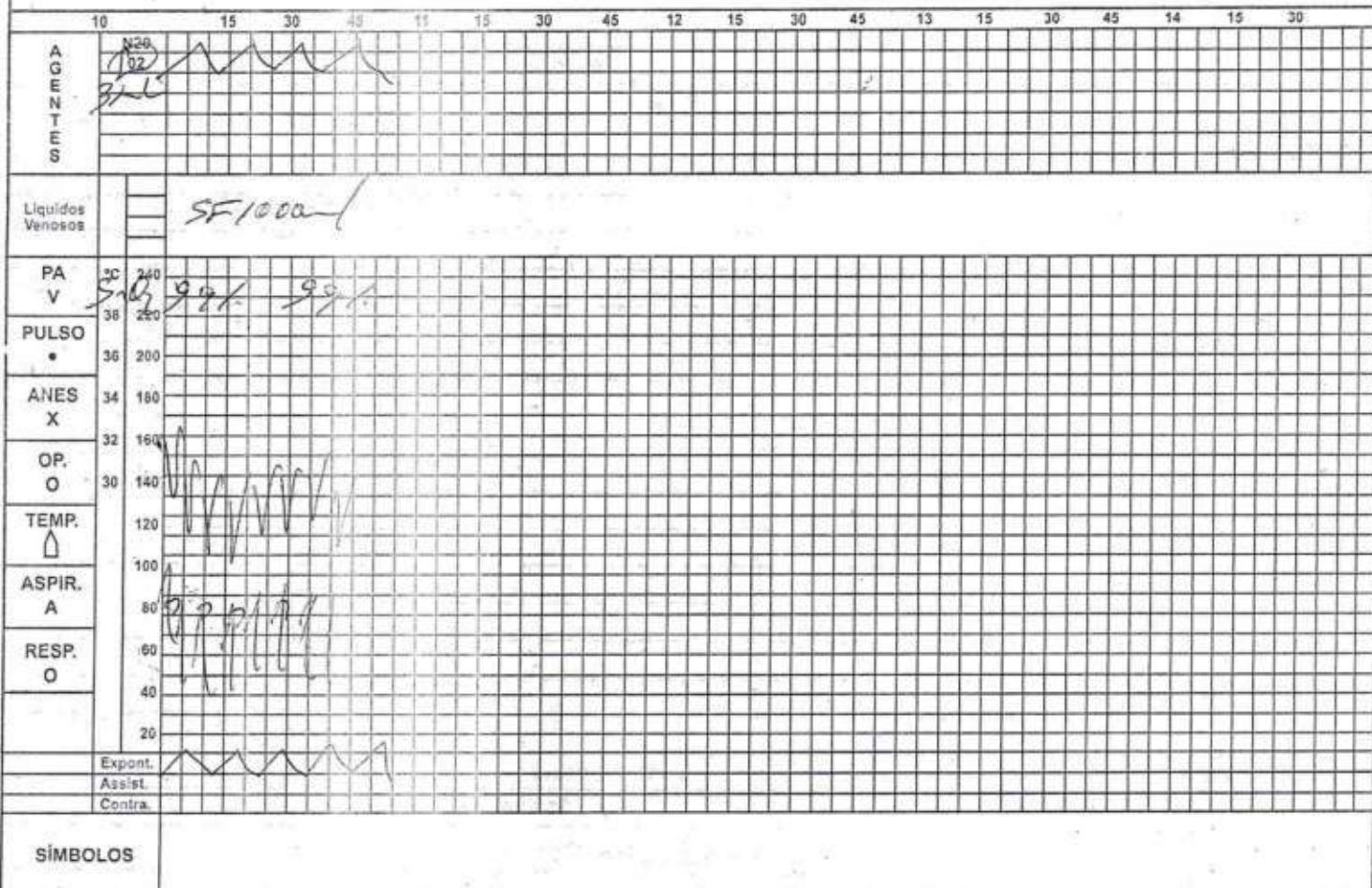
Instrumentador:

02 AGO 2019



FICHA DE ANESTESIA

Flare: 15:15h



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	
A. <i>Propofol 2</i>				
B. <i>Propofol 2</i>		<i>Intubação 13/14</i>		
C. <i>Propofol 10</i>		<i>Propofol 0,5% 15</i>		
D. <i>Propofol 10</i>		<i>- Morfina 0,2 mg 800g</i>		
E. <i>Propofol 10</i>				
F.				
G.				
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA	02 AGO 2019	
		NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA		
		BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO		
		SOB - MÁSCARA		
		DIFICULDADE TÉCNICA		
		TEMPO DE ANESTESIA		
TOTAL				
OPERAÇÃO	<i>Tto Cir. Fratura Tornozelo</i>		Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipóxia "BUCKING" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradi - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA	CIRURGIÃO		PERDA SANGÜÍNEA	



9.8809-2559

MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

PACIENTE: Paulo Sérgio de Sousa

CNS: 708.2096.5148.1046

PROCEDIMENTO: CONSULTA COM O TRAUMATOLOGISTA

DATA: 01/04/2019

MÉDICO: Consulta c/ Dr. Bocco

HORÁRIO: 13:30 TARDE

LOCAL: HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURA DO CARIRI

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

OBS: ANEXAR COPIA DE RG, CPF, CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.
LEVAR TODOS OS EXAMES /

OBS: PROCURAR VINICIUS

02 AGO 2019



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Paciente:

Paulo Sergio A. Sousa

RG:

2001029001004. SSP, CE

Procedimento:

Reparo Fixação

Cód.

66

de Fratura

Data da cirurgia:

do Fêmur do =

01/04/2019
Cód 66
COOPERATIVA DE MEDICINA
CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 8159
RUBRICA 0106

02 AGO 2019



JUAZEIRO DO NORTE
cidade de fé e trabalho
PREFEITURA MUNICIPAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI – JUAZEIRO DO NORTE – CE

UNIDADE DE ORIGEM: SECRETARIA DE SAUDE	
NOME DO PACIENTE: PAULO SERGIO DE SOUSA	
DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1973	
ENDEREÇO: RUA JOSE BÉZERRA PINHEIRO, 93	BAIRRO: PEDRINHAS
TELEFONE: 9 8876 0048	

PROCURAR VINICIUS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI: (88) 2101 3150. AV PAZ DE CÍCERO, KM 02 – BAIRRO TRIÂNGULO – JUAZEIRO DO NORTE - CE

MÉDICO: DR BOSCO
DATA DA CIRURGIA: 06/04/2019
HORA: 07:00 HRS

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: CIRURGIA ORTOPEDICA
RESULTADO DO EXAME: FRATURA DE TORNOZELO

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR – ITEM 66

AUTORIZADO POR: Lucimilton Macedo

JUAZEIRO DO NORTE – CE, 02 DE ABRIL DE 2019.

PIP Pa

02 AGO 2019

SOLICITAÇÃO DE REANALISE

EU, Paulo Sérgio de Sousa
Portadora do RG _____, e CPF 013 261 65305

VENHO JUNTO A SEGURADORA SOLICITAR A REANALISE DO MEU PROCESSO COM SINISTROS DE N° 3190/461608, POIS MIM ENCONTRO INSATISFEITO COM O VALOR DA INDENIZAÇÃO PAGA SEM TER UMA PERICIA MEDICA PARA COMPROVAR MINHAS SEQUELAS PARA INDENIZAÇÃO CONFORME AS LEIS VIRGENTES DE N° (6.194, 8.441, 11.482, 11.945). TORNA-SE OBRIGATORIO O ENQUADRAMENTO DOS DANOS PESSOAIS SOFRIDOS POR MIM, NA TABELA EM VIGOR. E CONFORME DIREITO E DEVERES QUE AINDA TENHO SOBRE O SEGURO DPVAT.

TELEFONES: (88) 999818213

X Paulo Sérgio de Sousa
NOME VITIMA:

LOCAL/DATA: Juazeiro do Norte-CE 20/08/19.

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Paulo Sergio de Sousa

CPF: 013.261.653-05, venho com devido respeito solicitar e requerer a perícia médica para avaliar as minhas seqüelas pessoalmente, já que a Seguradora Líder esta sendo injusta e mim prejudicando diante do meu pedido de indenização, sendo que é direito meu requerer por ter sofrido seqüelas como consta nos documentos médicos e enviados e novos documentos médicos anexados.

Diante da certeza que a Justiça prevalecerá e os meus pedidos serão atendidos, sem a necessidade de acionar a justiça ou qualquer outro órgão de proteção ao consumidor.

Desde já agradeço.

Outrossim, informo meu telefone de contato (88) 999818213

X Paulo Sergio de Sousa



Dr. Renan Almeida

Clínica Geral e Ultrassonografia

CREMEC 12076

Sua saúde em boas mãos.

ATESTADO MÉDICO

A vítima, **PAULO SÉRGIO DE SOUSA**, 45 anos, sofreu acidente automobilístico em 01/04/2019 conforme boletim de ocorrência.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura de tornozelo esquerdo.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese e fisioterapia. Alta definitiva em julho/2019.

No momento do exame, refere dor em tornozelo esquerdo ao deambular médias distâncias e ao tentar correr. Apresenta diminuição dos movimentos de flexão dorsal e plantar, abdução e adução do tornozelo esquerdo devido a bloqueio articular.

Do exposto, concluímos que há agravamento de lesão e sequela e déficit funcional moderado do tornozelo esquerdo. Podendo haver alteração do quadro clínico com o decorrer do tempo.

Juazeiro do Norte, 16 de Agosto de 2019.

DR. RENAN ALMEIDA
MÉDICO
CREMEC - 12076

Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC - 12076

22 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

VAL DA ESCRITURA O TERMO CÍVIL NACIONAL

26/05/2009

DATA DE EMISSÃO

2001072901004

NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO SÉRGIO DE SOUSA

NOME

FRANCISCO BENEDITO DE SOUZA

RELACIONADO

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

01/10/1973

DOC. OUTROS

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 12.998 FOLHA: 76-V

LIVRO: 65-8 JUAZEIRO DO NORTE - CE

012.261.453-06

P.: 98

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

VAL DA ESCRITURA O TERMO CÍVIL NACIONAL

26/05/2009

DATA DE EMISSÃO

2001072901004

NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO SÉRGIO DE SOUSA

NOME

FRANCISCO BENEDITO DE SOUZA

RELACIONADO

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

01/10/1973

DOC. OUTROS

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 12.998 FOLHA: 76-V

LIVRO: 65-8 JUAZEIRO DO NORTE - CE

012.261.453-06

P.: 98

02 AGO 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Paulo Sergio de Sousa, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Pedreiro, portador(a) do RG 2001029001004, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 013.261.653-05 residente no(a) Rua: Jader Bezerra Pinheiro
nº 93, bairro: Pechimbas, município: Juazeiro do Norte-CE

OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: autonomo, portador(a) do RG 2004034098813, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) AV: Sebastiao mariano da silva
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / -CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Paulo Sergio de Sousa
CPF 013.261.653-05 data do acidente: 01/04/19 Cobertura: Imvabdey

Local e data: Juazeiro do Norte-CE 01/08/2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

02 AGO 2019

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264439/19

Número do Sinistro: 3190461608

Vítima: PAULO SERGIO DE SOUSA

Data do acidente: 01/04/2019

CPF: 013.261.653-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO DE SOUSA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: DAMIAO GOMES DA SILVA
CPF: 968.453.503-10

DAMIAO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: MARIA JUSSIVANIA DA SILVA
CPF: 016.067.853-62

MARIA JUSSIVANIA DA SILVA