



Conselho Nacional de Justiça

Comprovante de juntada de documento

Processo

Número do processo: 0050071-77.2020.8.06.0158
Órgão julgador: 2ª Vara Cível da Comarca de Russas
Jurisdição: Comarca de Russas
Classe: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL
Assunto principal: DIREITO DO CONSUMIDOR (1156) / Contratos de Consumo (7771) / Seguro (7621
Valor da causa: 11.137,50
Medida de urgência: Não

Partes

AUTOR

REU

- JOSIAS MAIA DE SOUSA (AUTOR)
- NAYARA LIMA FREITAS
(ADVOGADO)

- SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
(REU)
- RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Outros interessados

Não existem outros interessados vinculados.

Assuntos

- DIREITO DO CONSUMIDOR (1156) / Contratos de Consumo (7771) / Seguro (7621)

Documentos Protocolados

Documento	Tipo	Tamanho (KB)
Contestação	Contestação	0.03
2831726_CONTESTACAO_01	Contestação	880.83
SEGURADORA_LIDER_2018_compressed	Documento de Identificação	3827.85
2831726_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação	1705.04
SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018_compressed	Substabelecimento	153.11

Documento(s) juntado(s) por: RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO **em** 31/01/2023 13:33

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

319050567701

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIAS MAIA DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00323

CONTA: 000000049826

Número da Autenticação

589675D0E91C6E11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505677 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS MAIA DE SOUSA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM FRATURA DE ARCO COSTAL.
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505677

Vítima: JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIAS MAIA DE SOUSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSIAS MAIA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000323-9**

Conta: **0000049826-2**

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



SECRETARIA UNICOR - RJ - 08-08-2019 12:23 04/9/2019 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

Polícia Civil

0237

Eduardo Machado

Assessor de Identificação

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 21.454.403-3

DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO

DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

C. NASC LIV 180AA FLS 51

SÃO JOÃO DE MERITI

TERM 107476 RJ

001 2 1/2

LEI Nº 118 DE 29/05/83

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 120.281.807-22

Nome EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento 19/03/1989

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298407/19

Vítima: JOSIAS MAIA DE SOUSA

CPF: 794.506.953-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIAS MAIA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

JOSIAS MAIA DE SOUSA : 794.506.953-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/08/2019
Nome: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO
CPF: 120.281.807-22

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Investprev Seguradora S/A

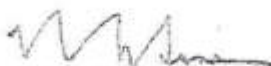
29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** compareceu a um chamado para atendimento pré-hospitalar do Sr. **JOSIAS MAIA DE SOUSA**, RG n.º 602094, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 794.506.953-34, no dia 20/01/2019, às 19h38, no Município de Russas-CE, na rotatória em Ramal de Flores, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removido para o **HCSR - Hospital e Casa de Saúde de Russas** e em seguida transferido para o Hospital Regional da UNIMED. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 30 de julho de 2019.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Unimed f1

Paciente: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data Rec.: 31/10/1960

Nome Societ:

Idade: 58 Anos 2 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Alcance: 6231787

Carteira: 9790020054292951

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: 7º PRONTO-SO ALA NORTE

Leito: ENF713-1

Data Doc.: 27/01/2019 14:05:49

Data de Interação: 21/01/2019

Dias de Interação: 6

Data Impress.: 27/01/2019 14:08

RECEITA

ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE JOSIAS MAIA DE SOUSA FOI POR MIM
OPERADO DE FRATURA EXPOSTA GRAVE DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, PARA COLOCAÇÃO DE
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA.
O MESMO DEVERÁ FICAR AFATADO DO TRABALHO POR 120(CENTO E VINT) DIAS APARTIR DE HOJE

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORTALEZA, 03/02/2019

LUZ LOPES LIMA

CRM: 4516

27/01/2019 14:01:23

Prescrição: 4442434 Data: 21/01/2019 - 02:01 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M07799

2ª VIA

Atendimento: 6231755 - Paciente: JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data Nascimento: Dt Nasc: 31/10/1960 (58a 2m 21d)

Médico: CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA - CRM 7799

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG



Investprev Seguradora S/A

Classificação de Risco: URGENTE

29 AGO 2019

PRESCRICAO MEDICA

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX COSTELAS - POR HEMITORAX ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: DIREITA E ESQUERDA AP	1					
2	RX BACIA ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: AP	1					
3	RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: AP + P	1					
4	RX COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: AP + P	1					
5	RX COLUNA LOMBO-SACRA ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: AP + P	1					
6	RX PERNA ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: DIREITA E ESQUERDA AP + p	2					
7	RX COXA ; Exame: 2843986 Justificativa: TRAUMA Obs.: ESQUERDA AP	1					

Dr. Carlos Windson C. Mota
Traumatologia - Ortopedista
CRM - 7799CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA
CRM 7799

Prescrição.: 4442434 Data Prescrição: 21/01/2019 02:01
Setor Solic: EMERGENCIA 24H - ADULTA NR Carteira: 9790020054292951
Atendimento: 6231755 Validade:
Paciente...: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA Nasc: 31/10/1960 58a 2m 21d
Origem Atd.: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO Classificação de Risco: URG
Convênio...: FEDERACAO DO ESTADO DO CEARA Serviço: CIRURGIA GERAL
Prestador...: 7799 CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: Usuário: M07799

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: RAIOS - X

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
---------	------	--------	-------------	----------	----------------	------------------	-------------

Dr. Carlos Windson C. Mota
Traumatologia - Ortopedista
CRM - 7799

CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA
CRM : 7799

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome Social:

Idade: 58 Anos 2 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6231787

Carteira: 9790020054292951

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: 7º PAVIMENTO ALA NORTE

Leito: ENF713-1

Data Doc.: 27/01/2019 13:49:16

Data de Internação: 21/01/2019

Dias de Internação: 6

Data Impress.: 27/01/2019 13:50

RECEITA

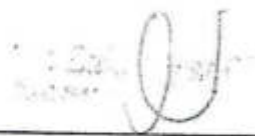
PRADAXA 110MG 01 CAIXA
TOMAR 01 COMP POR DIA 10 DIAS

SULFATO FERROSO 01 CAIXA
TOMAR 01 COMP POR DIA

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28


LUIZ LOPES LIMA

CRM: 4516

27/01/2019 13:49:15

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL UNIMED

Endereço: Av. Visconde do Rio Branco, 4000

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

Telefone: (85) 3277.7000

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2º Via - Orientação ao Paciente Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA

Endereço: LEONIDES VIEIRA LEITE

Nr.: 2508

Complemento: 0

Bairro: PLANALTO BELA VISTA

Cidade: RUSSAS

Cep.: 62900000

Prescrição:

TRAMAL 50MG 01 CAIXA
 TOMAR 01 POR DIA PARA DOR

Data: 27/01/2019 13:47

Assinatura do Médico

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Alfredo Medeiros

Atendo para os devidos
para que o paciente fosse
recebido de acordo com o
programa de Tratamento do
Distúrbio de Pressão Esanguínea em
21/01/19 em

O mesmo recebeu com
previdência R\$ 4.1 mil reais
de nova intervenção, que
pode ser de acordo com o
programa de Tratamento do

O mesmo recebeu, recente
de atendimento de Tratamento por
120 dias e 120 dias.

RUA GRACILIANO RAMOS, 278 - FÁTIMA

FORTALEZA-CE / CEP 60415-050

PHONE: 085 3273.3737

www.clinicaarcanjo.com.br

DR. TÉCNICO DE APOIO ADMINISTRATIVO - CRM 1000

21/08/19

Dr. Luiz Lopes Lima
CRM-CE 4576

CLINICA
ARCANTO

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Jacobo Brumer, 1949

Espero que

seu processo seja

depois de alguns
minutos

RUA GRACILIANO RAMOS, 279 - PATIMA
PORTALEZA-CE / CEP 80415-060
FONE: (35) 3273.3737
www.clinicaarcanto.com.br
DR. TÉCNICO EM JORNALISMO: CPM 834



CLINICA SAO BERNARDO E/OU LTDA
DR. JOSE RAMALHO, 1382, CENTRO
02800-000, RUISELA-CE



10/02/2010 10:53:13	REQUISIÇÃO DE EXAMES	UNIMED - UNIMED
Procedimento: Exame	Exame	Exame
00037022 - JOELIAS MAIA DE SOUSA	M	31/01/1990
PROFISSIONAL EXISTENTE	IMAGEM	Registado por: BRUNA MAIA PELIX
MÉTODO DE EXAME: ROLAMENTO		
Colore	Imagem	Material
Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

sem registro

Dr. Brumer



29 AGO 2019

DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Robert Rodríguez Venancio - CREGES: 9871

- Administrative Example:
 - Conflicts of Interest
 - Confidentiality
 - HIPAA
 - Recordkeeping
 - Compliance
 - Anti-trust Example
 - Non-Compete Example
 - Payment Example
 - Unlawful Term
 - Anticompetitive Example

was real

① Selfi _____ 1ul
trans 1ul (u) 2 x 1ul, (411)
1 2ul (u) 2 note

② borrowing by _____ call
and sell (and) raising

270219

[Handwritten signature]
 The Center for College Success
 One Center for College Success
 1000 University Ave. #100
 San Francisco, CA 94142-1000
 415.774.2222
 www.ccsf.org

ss 3411.2720/ss 9 9775.2575/ss 9 9272.2606/ss 9 8283.6801

Time and Circumstances: 33 - Century: 19th



CLÍNICA SÃO BERNARDO S/S LTDA
DR. JOSÉ MARQUES, 1002, CENTRO
08200-000, RUISELA-CE

15/02/2019 08:15:40		REGISTRO DE EXAMES		UNIMED - UNIMED	
Paciente	00027822 JOSIAS MARIA DE SOUSA	Sexo	M	Data	24/01/2019
Profissional Solicitante	PROFISSIONAL EXTERNO	Clinica	IMAGENS	Registrado por	ERENA MORA FELIX

RELACAO DE EXAMES SOLICITADOS				
Código	Exame	Material	Valor R\$	Data de Cadastro

Te enão
Te tenex.

CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
(88) 3411.1008
ENTREGA DE RESULTADOS
DAS 9:00 AS 17H <
DATA PREVISTA 01/02/19

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Roberto Rodrigues Vazquez - CRMED: 9871

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- Cardiologista
- Cirurgia Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Vascular
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Endoscopista
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologista
- Neurologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Proctologista
- Reumatologista
- Trauma-Ortopedista
- Ultrassonografista
- Urologista

- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicologia
- Terapia Ocupacional

- Cirurgias
- Endodontia
- Implante
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Periodontia
- Prótese

- Administração de Medicamentos
- Cálculo de Exames Laboratoriais
- Cirurgias
- ECG / Holter
- Eletrocardiograma / Holter
- Endoscopia
- Laringoscopia
- Nasofaringoscopia
- Proctoscopia
- Ultrassonografia

gostas de ir de noite

Amor,

① RWM de noite



010319

3411.2720 / 9 9775.2575 / 9 9272.2606 / 9 8883.6301

Trav. José Carlos Lima, 58 - Centro - Russas-CE



DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Roberto Rodrigues Vianna - CRM-EC: 3871

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ESPECIALIDADES

- Cardiologista
- Cirurgia Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Vascular
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Endoscopista
- Geriatria
- Gineco-obstetra
- Mastologista
- Neurologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Proctologista
- Reumatologista
- Trauma-Ortopedista
- Ultrassonografista
- Urologista

TERAPIAS

- Fisioterapia
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicologia
- Terapeuta Ocupacional

ODONTOLÓGICAS

- Cirurgias
- Endodontia
- Implante
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Periodontia
- Prótese

DIAGNÓSTICAS

- Administração de Medicamentos
- Clínica de Exames Laboratoriais
- Curativos
- ECO / USG
- Ecocardiograma / MIO
- Endoscopia
- Endoscopia
- Nasofibroscopia
- Proctoscopia
- Ultrassom Geral
- Ultrassonografia Molecular de Superfície

Exames clínicos de sangue

Exames:

① Doppler de vasos de e
art. ventrais

[Signature]
Carimbo: 010319

88 3411.2720 / 88 9 9775.2575 / 88 9 9272.2606 / 88 9 8883.6501

Trav. José Correia Lima, 58 - Centro - Russas-CE



20/01/2019 20:28:15 1900276966 GUIA DE: () ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - NOTURNO- 12
 Paciente: 00060251 - JOSIAS MAIA DE SOUSA DN: 31/10/1960 - 58 A 2 M 20 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
 Identidade: 602094 - SSP CE Raça/Cor: Parda - CPF: 794.506.953-34 Ocupação: ELETRICISTA
 Endereço: RUA - LEONILDES VIEIRA LEITE - 2508 - PLANALTO DA BELA VISTA - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: RUSSAS - CE
 Contato: (88) 99932-6327 Mãe: HILDA MAIA DE SOUSA Pai: JOAO LEONCIO DE SOUSA Validade:
 Convênio: SUS - SUS Carteira: Sisprenatal: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA
 Autorização: Profiss. Atend.: KELLISON Setor: EMERGENCIA
 Motivo: URGÊNCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 110 X 80 mmHg. D. X: —

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☒ AMARELO ☐ VERDE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Presença de sinais de acidente de trânsito

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur e fíbula, arco costal

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

() RAIO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: —

PRESCRIÇÃO

RX de fêmur PA

RX de fíbula Enxame.

Tratamento com SFO, 5 x 10³ mg

Tratamento com 9ml AD - fêmur 3.0 x 6

Tratamento com 2:13 x 6 AD 60

Sutura

Anestesia

APAZAMENTO

EVOLUÇÃO

Paciente us

sima de

queda de

moto, retene

don hemitórax

+ 120 x 3.0

don cm MIE.

#glaçadeiras 15

CONDUTA:

(X) ALTA POR DECISÃO MÉDICA

() AMBULATÓRIO

() ALTA A PEDIDO

() OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)

() ALTA A REVELIA

() INTERNAÇÃO

() TRANSFERÊNCIA PARA: —

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 21/01/19 00:00

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO

Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Kéllisson Barreira Maia
Médico

CRM: 55010540 Médico

Atendimento registrado por: MARCOS IVO

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

() José Gonçalves dos Santos - Titular
() Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

VSBU

03

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

() José Gonçalves dos Santos - Titular
() Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

ROPR

03

VALIDA EM TODO O TERITÓRIO NACIONAL

602094-2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 15.08.1993

JOSIAS MAIA DE SOUSA

João Leonildo de Sousa
Hilda Maia de Sousa
Russas-CE

31.10.1960

Cart. Nascimento. 795, Av. 2, Fls. 71
Cart. Flores-Russas-CE.

PORTALEZA-MC

LEI Nº 7115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

[Fotografia]

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

794.506.953-34

Nome

JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data de Nascimento

31/10/1960

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAR/2001

CORREIOS

www.correios.com.br

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

() José Gonçalves dos Santos - Titular
() Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

VSBU

03

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

() José Gonçalves dos Santos - Titular
() Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

WGHQ

03



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 2704 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/08/2019 10:37:25**
Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-458**
Complemento:
Bairro:
Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **TREVO QUE VAI PARA BR-116**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSIAS MAIA DE SOUSA**
Nascimento: **31/10/1960** CPF: **794.506.953-34**
RG: **602094** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **HILDA MAIA DE SOUSA**
JOÃO LEONCIO DE SOUSA
Endereço: **RUA LEONIDES VIERIA LEITE, 2508**
Bairro: **PLANALTO DA BELA VISTA**
Município: **RUSSAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9772-8927**

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYS9122** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2JC30708R515916 Renavam: **954404319** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **LEIDIANE CASTRO MOURA RIBEIRO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e hora supracitadas sofreu um acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta de placa HYS-9122 na rodovia CE-458, próximo ao trevo que liga aquela rodovia à BR-116; QUE o declarante possui CNH categoria AB desde 28/10/2000 e no momento do acidente trafegava sozinho; QUE o pneu dianteiro da motocicleta colidiu no meio-fio, fazendo que o declarante perdesse o controle do veículo e caísse ao solo. QUE foi socorrido pelo SAMU e levado inicialmente ao Hospital e Casa de Saúde de Russas, sendo e seguida encaminhado ao hospital da UNIMED em Fortaleza - CE; QUE fraturou a fíbula e tíbia da perna esquerda, com fratura exposta, fraturou 04 costelas, sendo duas do lado direito e duas do lado esquerdo e também teve um corte na cabeça apesar de está usando capacete no momento do acidente; E NADA MAIS DISSE.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 07/08/2019 10:53:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/08/2019 10:53:52

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas

HELENA JACÉA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIAL

CNPJ: 02.703.318/0001-46 - CND: 017893

Av. da Dom. Lina, nº 1108 - Centro, Russas - CE, CEP: 62.900-000. TEL: (88) 3411-3185

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE RUSSAS, 16/08/2019 07:53:48

RENIO MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO

Empl: R\$ 1,38 TJ R\$ 0,06 FADEP R\$ 0,07 PRIMVP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selc R\$ 0,91 Total: R\$ 2,53





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
Impresso nº 2019540395



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2704 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

VITÁLIUS MEIRELES FIXINA BARRETO - MAT.: 300568-1-7

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas
HELENA JACÉIA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIAL

CPF / 02763316/0001-68 - CNJ - 917683
Avenida Dom João, Nº 1108 - Centro, Russas - CE, CEP 63.900-000, TEL. (88) 3411.7185

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE. DOU FE.
RUSSAS, 16/08/2019 07:53:48

Renô Machado da Ponte

RENÔ MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO

Empl: R\$ 1,38 TJ R\$ 0,06 FAADER R\$ 0,07 PRMMP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selo R\$ 0,91 Total: R\$ 2,52



Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 794.506.953-34 4 - Nome completo da vítima: JOSIAS MARIA 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: JOSIAS MARIA DE SOUSA 6 - CPF: 794.506.953-34
7 - Profissão: NEGOC-SE 8 - Endereço: R. LEONIDES VIEIRA LEITE 9 - Número: 2508 10 - Complemento:
11 - Bairro: PLANTIO DA BOA VISTA 12 - Cidade: RUSSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.700-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (33) 99966-0765

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 29 AGO 2019

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) CNPJ: 42.366.302/0001-28

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0323 9 CONTA: 49826 2
(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 (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 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, CE, 20/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)