

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097723/21

Vítima: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 012.475.293-47

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 25/12/2020

Titular do CPF: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIANE SOUSA DOS SANTOS : 012.475.293-47

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: 09/04/2021
Nome: JULIANE SOUSA DOS SANTOS
CPF: 012.475.293-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2021
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210117815

Cidade: Pacatuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 25/12/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA(11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS EM QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: *AMD500*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

01

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR
ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 25/12/2020 HORA: 09:10

PACIENTE:	JULIANE SOUSA DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	25/12/1984	CNS	704309598656998
MAE:	LUZIA SOUSA DOS SANTOS		
PAI:			
ENDEREÇO:	RUA 114	Nº	320 BAIRRO: TIMBO
MUNICÍPIO:	MARACANAU	TELEFONE:	(85)33824490
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	NÃO	RECEPCAO:	JEFERSON
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR-FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:SUS	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

Acidente de moto

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 Nº 06.578.611/0001-06
 MARACANAU 18.02.21

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

03030910200

Verbo de Trauma
Tratamento de fratura com fixação interna
 DIAGNÓSTICO: *Fratura proximal do 5º pod. x*
 PROCEDIMENTO: *Tratamento cirúrgico*
 NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE: *Tratamento cirúrgico do 4º pod. e*

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *José Facundo Neto*
 Traumato - Ortopedista
 CRM 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL: *Juliana clauda dos Santos*

** Transferido p/ Perambulador*

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

José Faci
Traumato.
CR

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.

PACIENTE: Jusara Jorge da Silva SEXO: F
IDADE: 31A

GLASGOW: 15 SAT O₂: 98% A.O.
PA: 130x80 PULSO: 80/40

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

PACIENTE VITIMO DE COLISÃO MOTO X MOTO LI
FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

SOBRE AVULSÃO P/ TRAUMATOLOGIA

25/02/2020 10:20h

Ricardo Araújo
Médico
CRM 8923

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.578.611/0001-06
MARACANAÚ 18/02/2020

SISTEMA DE SAÚDE - MARACANAÚ - CE
FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA - (*)

Área de Vigilância a Saúde: _____ Unidade de Saúde de Vinculação: _____

Nome: Juliano Sousa dos Santos Prof. Familiar: _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: 25/12/1986 Ocupação: _____
 Endereço: Rua 114 nº 320 Bairro: Yimbo Telefone: 85 33821490

Referência para atendimento: Ambulatório Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Motivo do encaminhamento: Necessita procedimento cirúrgico de URGENCIA
 Resultado de exames já realizados: Raio - x

Consulta já realizada: _____
 Impressão diagnóstica: Fratura fechada do fêmur e
proximal do 5º cost. Esq. + fratura
de parte do 4º cost. direito + fratura
de parte do 4º cost. direito
 Encaminhamento - Nº Registro _____ Função T.O Data 25/12/20 Hora 09:20

José Facundo Neto
 Traumato - Ortopedista
 CRM 4364

AGENDAMENTO

Unidade de Referência: Unidade de Referência da Paróquia Data 25/12/2020 Hora _____
 Endereço: Paróquia de São Paulo
 Município: Maracanaú
 Nome do Profissional a ser procurado: Traumatologista do Hospital

RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____ Município: _____
 Prontuário ou Registro: _____ Data de alta: ____/____/____

José Facundo Neto
 Traumato - Ortopedista
 CRM 4364

Resumo clínico/cirúrgico/obstétrico: _____

 Resultado de exames importantes para diagnóstico: _____

 Diagnóstico principal: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 1: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 2: _____ C.I.D.: _____
 Proposta de conduta de seguimento: _____

 Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

(*) Preencher em duas vias entregando uma ao usuário
 (*) Utilizar também como resumo de alta



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ABEMP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

37
Prof.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2. CNES	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA		4. CNES 237215-0	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE : JULIANE SOUSA DOS SANTOS			6. Nº DO PRONTUÁRIO	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS 704309598656998	8. DATA DE NASCIMENTO 24/12/1984	9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO) 1	3 FEMININO	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LUZIA SOUSA DOS SANTOS			11. TELEFONE DE CONTATO (85)33824490	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO) : RUA 114, NUMERO: 320 / TIMBÓ				
13. MUNICÍPIO: MARACANAÚ	14. IBGE 340	15. UF CE	16. CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Con. - trauma - fratura do pé direito e incapacidade funcional</i>			
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Raios e exame físico</i>			
20. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. exposta do 5º metacarpo da mão direita</i>	CID 10		
21. PRINCIPAL	22. SECUNDÁRIO	23. CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Levante e amarração + redução</i>				25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26. IEM/CLÍNICA	27. CARACTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/2- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)			
28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>José Facundo N...</i>	29. DATA <i>25/14/2019</i>		30. CNS/CPF: <i>09.379763-8</i>	31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO <i>José Facundo N... CRM 4364</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
32. ACOMENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE DO SEGURO	35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA <i>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PAJUÇARA CNPJ 06.578.671/0001-09 MARACANAÚ</i>		39. CNAE DA EMPRESA	40. CBOR
41. CID PRINCIPAL	42. CID SECUNDÁRIO	43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
		43. LEVE	44. GRAVE	45. GRAVISSÍMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
47. DATA	48. CNS/CPF:	51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA.			55. ORGÃO EMISSOR DA AIH
52. DATA	53. CNS/CPF:		
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH			



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JULIANE SOUSA DOS SANTOS	Cartão Gestante	Nome Social	Nº Prontuário 68547
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704309598656998	Data de Nascimento 24/12/1984	Sexo Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	Raça / Cor PARDA
Nome da Mãe LUZIA SOUSA DOS SANTOS	DDD	Telefone de Contato	
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato	
Município de Nascimento FORTALEZA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) 114
Nº 20	Bairro TIMBÓ	Município de Residência MARACANAU	Código IBGE do Município 2307650
Ponto de Referência	Documento RG 2003010020956	UF CE	CEP 61936140
	<input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado		

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Fração de Ant. PC

Condições que Justificam a Internação

RACIT

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

exame

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal 592	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
---------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>curty</i>	Código do Procedimento Solicitado 0402060658
Código do Caráter de Internação <input checked="" type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Eletivo	Clinica TRAUMATOLOGIA
Equipamentos Requeridos para Internação	Leito Complementar ENF 3708060182

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante JOSE FACUNDO NETO	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 09137971387	Nº do Conselho de Classe 4904
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Data Desejada para Internação 25/12/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIAGRENCIAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO			

Vínculo com a Previdência Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	
Data da Autorização / /	Código do Órgão Emissor M230765001
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06 578 611 0001-06
(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE RAJUCARA
CNPJ 06.578.611/0001-06
MARACANAU 12.02.21

2º Auxiliar Assinatura e Carimbo Assinatura e Carimbo	1º Auxiliar Assinatura e Carimbo Assinatura e Carimbo
---	---

Juliana Sousa dos Santos

1) Paciente em diálise

2) Anestesia Antitúber

3) Anestesia Antitúber

4) Anestesia Antitúber

5) Anestesia Antitúber

6) Anestesia Antitúber

7) Anestesia Antitúber

Data: 25/12/2021
 CRM 4364
 Traumatista - Ortopedista
 Assinatura e carimbo do Anestesiologista
 José Facundo Neto
 Anestesiologista que justificou a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Jubiane Sousa dos Santos

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Operação

de troca e limpeza

de curativos per. FEJ

de curativos feridas

de ferida

de ferida

de ferida

Dr. Walter Candido de Oliveira
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 7841

Cirurgião	1º Auxiliar	Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo	

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

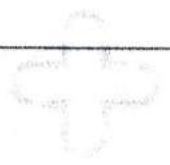
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ 06.578.677/0001-06
 MANTENIDA ANAU 12/02/21

Data Assinatura e carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

MATERIAL DE SALA

ATA CIRÚRGICA



NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
<p>Juliana Sousa dos Santos</p>	<p>EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO</p>		
<p>25/12/20</p>	<p>Operada em 11/12/20 com sucesso e sem complicações. Sem sinais de infecção. Sem sinais de trombose.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>José Facundo Neto Traumato - Ortopedista CRM 4364</p>		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ 06.378.611/0001-06
 MARACANAÚ 12/02/21

E

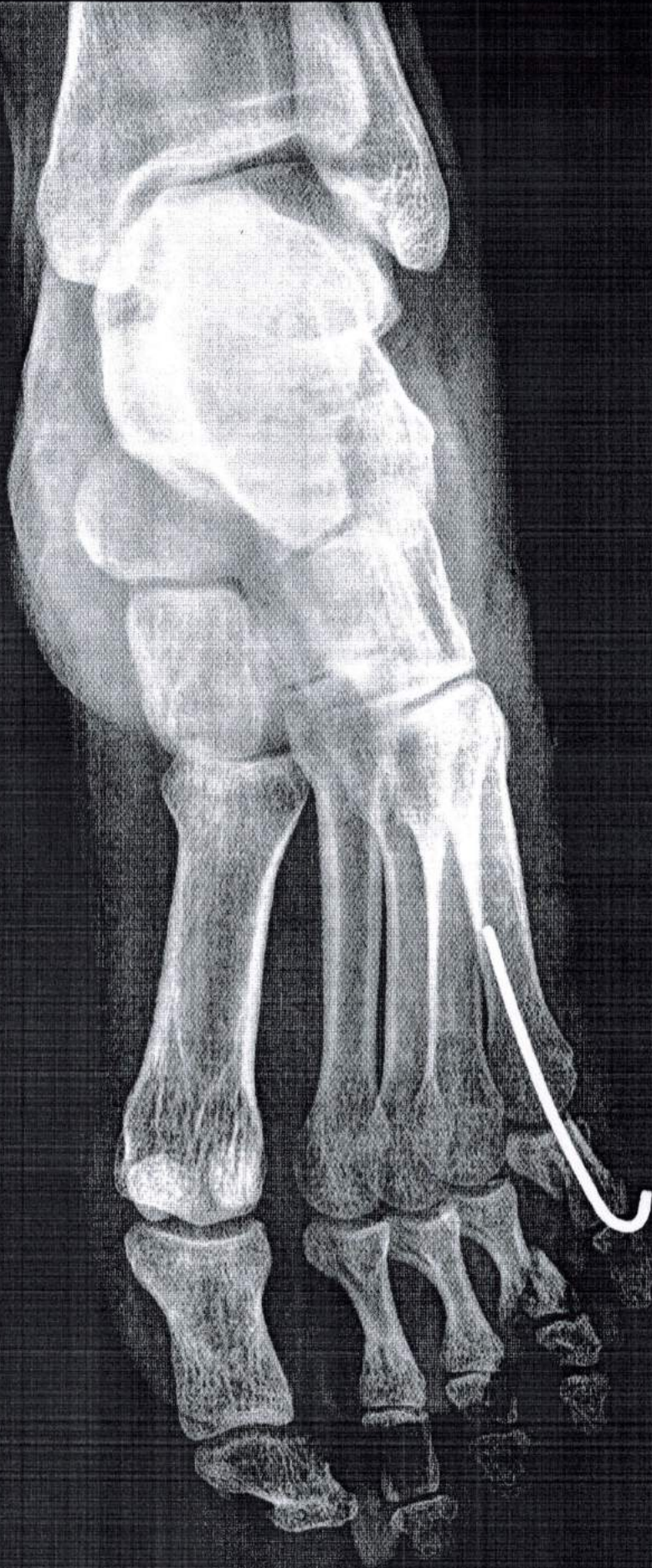


E



15.37.32 99.7 %
 Paciente: JULIANA SOUSA DOS SANTOS
 HOSPITAL ABEMP CONV.: SUS

15.37.32 99.7 %
 24121984 Técnico: TR VERONICA
 DATA: 25/12/2020



E

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FUND. DE AMPARO AO TRABALHADOR.

PARA CONTABILIDADE CONTINUA AS ANOTAÇÕES NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FIS/PASEP

133.52700.19-1

NÚMERO

4475677

SERIE

001-0

UF

CE

Juliana Sousa dos Santos.

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

24/12/1984
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: LUZIA SOUSA DOS SANTOS

DOC. APRESENTADO: RG 2003010020956 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

RG: 2003010020956

LOCAL DA EMISSÃO: P.M.M

EMISSÃO: 11/02/2003

Carlos Pimentel de Mattos Junior

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

02

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G I S L A

A - CASAMENTO - C - EMPREGO - E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE - G - PAUTA DE NOMEAMENTO
B - SEPULCRO - D - MÓDULO - F - MUDANÇA DE LOCALIDADE

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, constitui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FTE - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM FOLHAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

133.52700.19-1

NÚMERO

4475677

SERIE

001-0

UF

CE

Juliana Sousa dos Santos.

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

24/12/1984
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: LUZIA SOUSA DOS SANTOS

DOC. APRESENTADO: RG 2003010020956 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: 2003010020956

LOCAL DA EMISSÃO: P.M.M

EMISSÃO: 11/02/2003

Carlos Pimentel de Mattos Junior

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

02

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

DOCUMENTO

L E G I S L A Ç Ã O

A - CASAMENTO | C - EMPREGO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPULCRO | D - MORADOR | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

012.475.293-47

Nome

JULIANE SOUSA DOS SANTOS

Nascimento

24/12/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210117815

Cidade: Pacatuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 25/12/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: E

Resultados terapêuticos: E

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *AMD500*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

01

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR
ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 25/12/2020 HORA: 09:10

PACIENTE:	JULIANE SOUSA DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	25/12/1984	CNS	704309598656998
MAE:	LUZIA SOUSA DOS SANTOS		
PAI:			
ENDEREÇO:	RUA 114	Nº	320 BAIRRO: TIMBO
MUNICÍPIO:	MARACANAÚ	TELEFONE:	(85)33824490
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	NÃO	RECEPCAO:	JEFERSON
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR-FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:SUS	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

Acidente de moto

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.578.611/0001-06
MARACANAÚ 18.02.21

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

03030910200

Exames solicitados: Radiografia de coluna cervical, 5º e 6º vértebra. Tratamento conservador. Tratamento cirúrgico de 4º e 5º vértebra.

DIAGNÓSTICO:
PROCEDIMENTO:
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE:

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *José Facundo Neto*
Traumato - Ortopedista
CRM 4364
ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL: *Juliana clauda dos Santos*

** Transferido para Perambulador*

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

José Faci
Traumato - CR

Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.

PACIENTE: Juliana Jorge da Silva
IDADE: 31A
SEXO: F

GLASGOW: 15
PA: 130x80
SAT O₂: 98% A.O.
PULSO: 80 bpm

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

PACIENTE VITIMO DE COLISÃO MOTO X MOTO LI
FRATURA DE FEMUR PROXIMAL III

SOBRE AVULSÃO P/ TRAUMATOLOGIA

25/02/2020 10:20h

Ricardo Araújo
Médico
CRM 8923

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.578.611/0001-06
MARACANAÚ 18/02/2020

Nº do Cliente:

199018

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 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 089.357.106

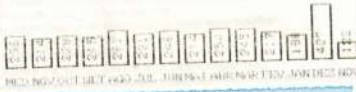
Rota MA116U20 - 367000 Referência 11/2020
Nome FRANCISCA CELIA MONTE DA CUNHA
Endereço AV CONTORNO SUL, 00770, CENTRO, 61925-210,
MARACANAU
Classificação Residencial Pleno Emissão 23/11/2020
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 4425130-CPN-308
Ligação MonoFásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 24/10/2020 Atual 23/11/2020 Próxima prevista 23/12/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	17,306	17,172	1,00	214	00	214	0,79332	169,77

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC		34,21
CONSUMO	0,79332	169,77
CARTAO SIM		26,90

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	169,77	27,00	45,83
PIS	123,94	1,04	1,28
COFINS	123,94	4,63	5,73

VENCIMENTO 10/12/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 230,88

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 33,54 Compensado kg (CO₂) 0,00

CPF/CNPJ 706.331.353-53



INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/10 - 23/11

Handwritten signature and date: 09/11/2020 Baneo Stone

Nº do Cliente: 199018 Referência: 11/2020 V: [1.0.16.1]
Data de Emissão: 23/11/2020 Total a Pagar (R\$): 230,88
Nº da Nota Fiscal: 089357106 Nº de Controle: 300026166480

8384000002 2 30880031300 8 02616648007 3 00000199018 7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2021382172



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 220 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/03/2021 16:00:30**
Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2020 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV XX, 0, JEREISSATI - II - PACATUBA/CE**
Ponto de Referência: **BIG MERCANTIL**

Noticiante(s)

Nome: **JULIANE SOUSA DOS SANTOS**
Nascimento: **24/12/1984** CPF: **012.475.293-47**
RG: **2003010020956** Orgão Emissor: **SSP-CE** UF: **CE**
Filiação: **LUZIA SOUSA DOS SANTOS**

Endereço: **AVENIDA CONTORNO SUL, 770 A**
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98540-5124**

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO, VINHA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA PMC-6727, PILOTADA PELO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, SR. FRANCISCO EUDES MONTE DA CUNHA, QUANDO O VEÍCULO FORAM ABALROADO POR UMA OUTRA MOTO; QUE O PILOTO DA MOTO TENTOU DESVIAR DO ACIDENTE, PORÉM A DECLARANTE FOI LESIONADA NO PÉ ESQUERDO; QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO PILOTO DA MOTO, PARA O HOSPITAL ABEMP, LOCALIZADO NA CIDADE DE MARACANAÚ/CE; QUE A DECLARANTE FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS: FRANCISCA TAISA SANTOS DA CUNHA, RG 20086699088-9 E FRANCISCO EUDES MONTES DA CUNHA, PROPRIETÁRIO DA MOTO ENVOLVIDA NO ACIDENTE; NADA MAIS DISSE.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO HUMBERTO SOARES DOS SANTOS - MAT.: 133206-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

RODRIGO ARAUJO PEREIRA - MAT.: 3011813-8

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: 012.475.293-47 4 - Nome completo da vítima: Juliane Sousa dos Santos

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

5 - Nome completo: Juliane Sousa dos Santos 6 - CPF: 012.475.293-47
7 - Profissão: Aux. de cozinha 8 - Endereço: Avenida Contorno Sul 9 - Número: 770 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Maracanaú 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.925-210
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 98888.4318

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)
AGÊNCIA: 3880 1288 CONTA: 845615842 7
(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 (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) _____

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

40 - Local e Data, Maracanaú - CE, 07 de Abril de 2021

Juliano Sousa Dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: **012.475.293-47** 4 - Nome completo da vítima: **Juliane Sousa dos Santos**

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

5 - Nome completo: **Juliane Sousa dos Santos** 6 - CPF: **012.475.293-47**
7 - Profissão: **Aux. de cozinha** 8 - Endereço: **Avenida Contorno Sul** 9 - Número: **770** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Maracanaú** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61.925-210**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): **(85) 98888.4318**

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)
AGÊNCIA: **3880** **1288** CONTA: **845615842** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) _____

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

40 - Local e Data, **Maracanaú - CE, 07 de Abril de 2021**

Juliano Sousa Dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210117815

Vítima: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIANE SOUSA DOS SANTOS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **JULIANE SOUSA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003880**

Conta: **000845615842-7**

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

