



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02203524720238060001
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	09/06/2023 13:05:43

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2883939_JUNTADA_DE_DO CS_01 - 1-3.pdf
Documentação:	2883939_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 1-30.pdf
Documentação:	2883939_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 31-41.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02203524720238060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO NUNES DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 9 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200371411 Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 07/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO NUNES DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200371411

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 07/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NUNES DE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000001338

Conta: 0000072929-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200371411

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 07/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NUNES DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 19/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 75470446387 4 - Nome completo da vítima: Francisco Nunes de Lima

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

5 - Nome completo: Francisco Nunes de Lima 6 - CPF: 75470446387
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: João XXIII 9 - Número: 2238 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bon Jardim 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 01661-180
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85 984373814

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

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

AGÊNCIA: 1338 CONTA: 72929
(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 (val 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, 30 de julho 2020 Fortaleza

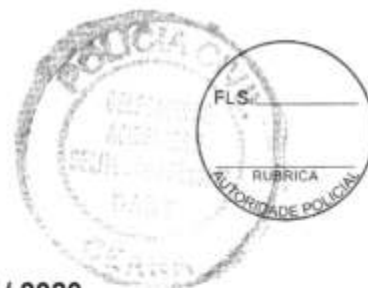
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020643487



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1866 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2020 15:24:23**
Data / Hora da Ocorrência: **07/04/2020 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R TRÊS CORAÇÕES, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO NUNES DE LIMA**
Nascimento: **07/03/1974** CPF: **754.704.463-87**
RG: **92024001599** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BENEDITA NUNES DE LIMA**
ANTONIO FERNANDES DE LIMA
Endereço: **RUA JOÃO XXII, 2218**
Bairro: **BOM JARDIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98417-3614**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POU9444 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KD0810KR256126 Renavam: 1213373244 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD Ano Fabricação: 2019 Ano Modelo: 2019 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: BRANCA Proprietário: FRANCISCO NUNES DE LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA POU-9444 NA RUA TRÊS CORAÇÕES QUE AO DESVIAR DE UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA CONTRAMÃO DA RUA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU COM UMA PAREDE, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA (PARANGABA). E NADA MAIS DISSE.
/////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 09/10/2020 15:33:03

Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/10/2020 15:33:03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020643487



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1866 / 2020

JOCEL BEZERRA DANTAS - MAT.: 014399-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 75470446387 4 - Nome completo da vítima: Francisco Nunes de Lima

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

5 - Nome completo: Francisco Nunes de Lima 6 - CPF: 75470446387
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: João XXIII 9 - Número: 2238 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bon Jardim 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61661-180
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85 984373814

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 1338 CONTA: 72929 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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, 30 de julho 2020 Fortaleza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ UNIBANCO 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: 341 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/10/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320037141101
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NUNES DE LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01338

CONTA: 000000072929

Número da Autenticação

D289928BDC83F0B9C5F1C7BA8272E56BB838E79E7445CFD069BF2B7F287CE323

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO NUNES DE LIMA
**RUA JOÃO XXIII, 2218, GRANJA PORTUGAL
FORTALEZA - CEP: 60540-665**
Codificação: 001.093.0110.0066.0000.00.00
Padrão do imóvel: REGULAR
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A11F005713	124	147	23	21

DATAS
Leitura atual: 11/08/2020
Emissão: 11/08/2020
Lacre água: 1
Leitura anterior: 11/07/2020
Próxima leitura: 11/09/2020
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:
06/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	292	285	284	284	284
Em conformidade	292	281	277	272	283



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DE LAUDO 1270037041		Nº DA AIH	
UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		CGC/CNPJ 04885197000900	
DADOS DO PACIENTE			
NOME: F. B. Nunes de Lima		DATA DE NASC: 07/10/1974	
NOME DA MÃE: Maria Benedita Nunes de Lima			
SEXO: Masculino		ESTADO CIVIL: 0	
ENDEREÇO: Rua Toledo XXIII 2214			
BAIRRO: Graça Portugal		MUNICÍPIO: Fortaleza CEP: 60.540.665	
DADOS DA INTERNAÇÃO			
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE 156858963-8		CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
		CPF E ASSINATURA DO DIRETOR MÉDICO	
ARÁTER DA INTERNAÇÃO	PROCEDIMENTO SOLICITADO		DATA DA EMISSÃO 1/1/
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fedura proximal unguis d. h.			
INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Exemplo			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS Q. E. 7. 14			
DIAGNÓSTICO INICIAL Fedura proximal unguis			
PROCEDIMENTO SOLICITADO Exemplo		TIPO DE CLÍNICA ☒ CIRÚRGICA ☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ TRAUMATOLÓGICA	
CRM DO MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE Dr. Paulo César Barros Machado Ortopedia e Traumatologia CRM 4977	DATA 7/9/20	HORA



FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA

Nome: F^{co} Nunes de Lima N° Reg.: 837

Solicitante: Dr (a) Data: 07/04/20

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA	MÉTODO
Ácido Úrico	/	2,5 a 7,0 mg/dL	LABMAX
Albumina	/	3,5 a 5,5 g/dL	LABMAX
Amilase	/	25 a 125 U/L	LABMAX
Bilirrubina Total	/	Até 1,2 mg/dL	LABMAX
Bilirrubina Direta	/	Até 0,4 mg/dL	LABMAX
Bilirrubina Indireta	/	Até 1,0 mg/dL	LABMAX
Cálcio Iônico	/	1,15 a 1,32 mmol/L	FOTOCOLORIMÉTRICO
Cloro	/	98 a 110 mmol/L	LABMAX
Creatinina	1,36	0,5 a 1,2 mg/dL	LABMAX
Fosfatase Alcalina	/	27 a 100 U/L	LABMAX
Fósforo	/	2,5 a 4,8 mg/dL	LABMAX
Gama GT	/	7 a 58 U/L	LABMAX
Glicose	167	65 a 110 mg/dL	LABMAX
Lipase	/	10 a 60 U/L	LABMAX
Magnésio	/	1,58 a 2,56 mg/dL	LABMAX
PCR	/	Até 6 mg/dL	LABMAX
Potássio	/	3,4 a 4,5 mmol/L	FOTOCOLORIMÉTRICO
Proteínas Totais	/	6,0 a 8,0 g/dL	LABMAX
Sódio	/	134 a 146 mmol/L	FOTOCOLORIMÉTRICO
TGO	/	10 a 39 U/L	LABMAX
TGP	/	10 a 45 U/L	LABMAX
Ureia	44	15 a 45 mg/dL	LABMAX

OBS.: _____

Mariana Cláudio Macedo

Farmacêutica - Bioquímica

07/04/20

Nome: F^{co} Nunes de Lima N° Reg.: 837

Solicitante: Dr.(a)

Leito:

Data: 07/04/20

SÉRIE BRANCA				
Leucócitos	17.200		5.000 a 10.000 /mm ³	
EXAMES	VALORES ENCONTRADOS		VALORES NORMAIS	
Neutrófilos	90	%	/mm ³	50 - 73 % 5000 - 7.3000/mm ³
Mielócitos	=	%	/mm ³	0 - % -
Metamielócitos	=	%	/mm ³	0 - 1 % -
Bastões	02	%	/mm ³	0 - 5 % -
Segmentados	88	%	/mm ³	50 - 68 % -
Eosinófilos	=	%	/mm ³	2 - 4 % 100 - 400 /mm ³
Basófilos	=	%	/mm ³	0 - 1 % 0 - 100 /mm ³
Linfócitos	07	%	/mm ³	23 - 35 % 1.500 - 3.500 /mm ³
Monócitos	03	%	/mm ³	4 - 8 % 200 - 800 /mm ³

- ☐ Atipia em Linfócitos ☐ Ausência de degeneração Leucocitária
☒ Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem ☐ Presença de Eosinófilo na Extra-contagem
☐ Plaquetas aparentemente normais

SÉRIE VERMELHA		
EXAMES	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMAIS
Hemácias	5.000.000	Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm ³ Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm ³
Hemoglobina	15.4	Homem: 13,0 - 11,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml
Hematócrito	46.8	Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45%
Volume Corpuscular Médio	93.6	76 - 96 uug
HB. Corpuslar médio	30.8	27 - 30 uug
Conc HB. Corpuscular Médio	32.9	32 - 34*

Plaquetas 297.000 /mm³ 150.000 - 450.000 /mm³☒ Hemácias Normocíticas e Normocrômicas ☐ Hemácias Anisocíticas Anisocrômicas

Observações:

Analista: Mariana

Mariana Cláudio Macedo
Farmacêutica - Bioquímica
CRF 1220

Data: / /

**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

NOME DO PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

07/04/2020

Francisco Nunes de Lima, 46 anos, admitido nesta unidade para tratamento de fratura proximal de úmero (D). Consciente, orientado, verbalizando, respirando em ambiente CVP em MSE positivo. Não há alergias e comorbidades. Em dieta geral. Apresenta exclusões em joelhos (E) e MSD. Segue sob cuidados da equipe. Aguarda transferência.

Dr. Paulo César Barros Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4977

07/04/2020

Francisco Nunes de Lima, 46 anos, admitido nesta unidade para tratamento de fratura proximal de úmero (D). Consciente, orientado, verbalizando, respirando em ambiente CVP em MSE positivo. Não há alergias e comorbidades. Em dieta geral. Apresenta exclusões em joelhos (E) e MSD. Segue sob cuidados da equipe. Aguarda transferência.

Bruno Karine Amorim
OREN - CE 543261 ENF

8/4

Paciente evolui. Segue em observação. Fratura do úmero.

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Assine sua cópia conforme com a original

Adilson Cavalcante
Médico

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

= 11 Exames em 11

08 F.W. L., 46a. masculina, 1M. Fratura proximal de úmero direito, 08 evoluí consciente, orientado, verbalizando, respirando em ambiente CVP em MSE em 07/04/2020 sem sinais fisiológicos e físicos. Não há comorbidades e usage alergias medicamentosas. Eliminações fisiológicas presentes (SIC). Segue sob cuidados da equipe.

Francisca Antonia Monteiro da Silva
OREN - CE 555 866 - ENF

09/04

Fratura úmero 1/3 Prop
10/4 Aguarda transferência

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

10/4

Paciente evolui

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

DATA	EVOLUÇÃO
12/04/2020	211 Enfermagem # F.N.L, 46a, masculino, 1M: Fratura úmero 1/3 proximal, evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico em ar, hemodinamicamente estável, aceita dieta por U.O, deambula. AUP em MSE em 10/04/2020 sem sinais fisiológicos e físico. Negs comorbidades e nega terapia medicamentosa, eliminações fisiológicas presentes (SIC). Segue ao cuidado da equipe. Francisca Antonia Monteiro da Silva CRM 555495- RN
11/04	TRANSFERIR IJF AMAT Antônio Eugênio T. Rocha CRM 4774 Traumato
12/04	ISF H030 Antônio Eugênio T. Rocha CRM 4774 Ortopedia
12/04/2020	211 Enfermagem # F.N.L, 46a, masculino, 1M: Fratura úmero 1/3 proximal, evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico em ar, hemodinamicamente estável, aceita dieta por U.O, deambula. AUP em MSE em 10/04/2020 sem sinais fisiológicos e físico. Negs comorbidades e nega terapia medicamentosa. Eliminações fisiológicas presentes (SIC). Realizou toca de curativo em USD, utilizado SFO, 9% para limpeza e substituição de gáster. Transferido para o IJF às 11h. Francisca Antonia Monteiro da Silva CRM 555495- RN
	Hospital Distrital N.º José Barruso - Orlândia Atende em até 24 horas com 2 orçamentos pp - Thaisa André Cavalcanti Instituto 8298

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	
P.A.:	
TEMP.°:	
P. / MIN.:	
M.V. / MIN.:	

[illegible]

1000

17. *Staphylococcus aureus* (Gram-positive)
18. *Streptococcus pneumoniae* (Gram-positive)

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Prontuário: 5499098

1. FISIOTERAPIA MOTORA..... 30 SESSÕES

HD: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO

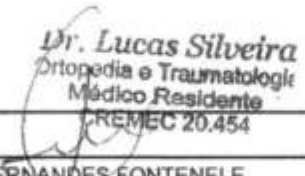
ALVOS:

ANALGESIA

MOBILIDADE ARTICULAR

FORTALECIMENTO MUSCULAR

GANHO DE ADM


Dr. Lucas Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 20.454

Data: 08/07/2020

RENATO FERNANDES FONTENELE

7278CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Prontuário: 5499098

1. FISIOTERAPIA MOTORA..... 30 SESSÕES

HD: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO

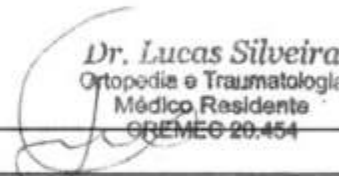
ALVOS:

ANALGESIA

MOBILIDADE ARTICULAR

FORTALECIMENTO MUSCULAR

GANHO DE ADM


Dr. Lucas Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 20.454

Data: 08/07/2020

RENATO FERNANDES FONTENELE

7278CRM

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

54990018

Nome: DeaPaciente Externo: WJWJUnid. Internação: OB do JomaSexo: FIdade: 50Data: 14/04/08Hora: 14h00Situ: Não

JUSTIFICATIVA

EXAMES RADIOLOGICOS

☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP	☒ Cervical AP	☐ Coluna Dorso AP
☐ Torax AP	☐ Ombro AP	☒ Braço AP	☐ Anterogap AP	☐ Croteto AP
☐ Punho AP	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP	☐ Joelho AP	☐ Tornozelo AP	☐ Pé AP/OBL

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Ureia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colesterol	☐ Superfície de Urina

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Fígado	☐ Abdome Total	☐ Torax	☐ MSD	☐ MID
			☐ MSE	☐ MIE

OUTROS EXAMES

Dr. Gabriel

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** FRANCISCO NUNES DE LIMA**Idade:** 46 ano(s) 1 mes(es) e 7 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5499098**Endereço:** JOAO XXIII, Nº: 2218**Bairro:** BOM JARDIM**Num:** 2218**CEP:** 61661180**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** UNIDADE 11**Enfermaria:** 110**Leito:** 1106**Admissão Emergência:** 12/04/2020 11:40**Internação** 13/04/2020

09:08

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

FRATURA CABEÇA UMERAL D

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

RESSECÇÃO DA CABEÇA

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S423	FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 14/04/2020**Observações Complementares**

AO AMBULATORIO DO DR RENATO FONTENELLE

Responsável**Médico:** ANGELO JOSE GURGEL LUZ**Data:** 14/04/2020**CIRURGIA**

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020393	Procedimento Eletivo	13/04/2020 17:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	RENATO FERNANDES FONTENELLE

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE FRANCISCO NUNES DE LIMA		Nº DO PRONTUÁRIO 300520		Nº DO BE 314796	
CADUS NI		NASCIMENTO 07/03/1974(46 ANOS)		SEXO M	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 92024001599; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 75470446387		NOME MAE MARIA BENEDITA NUNES DE LIMA			
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA JOÃO XXIII 2214 GRANJA PORTUGAL			
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE		CONTATO (85) 98852-8095	
CEP 60.540-665					
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA PACIENTE REFERE TRAUMA EM MSD, APÓS ACIDENTE DE MOTO HOJE.				MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA.		PULSO NI	
CL DE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/04/2020 12:24:38
ÁREA ATENDIMENTO					
ORTOMANUELOLOGIA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE					

DIAGNÓSTICO: *Rotura do Ligamento Cruzado Anterior* 07/04/20
 SÓT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Hospital Distrital SF José Barroso de Oliveira Atente que este atestado ocorre com a original! <i>pp. Deborah Lyssa</i> Adm. Cartão Data: 07/04		

TIPO DE ALTA/SÁIDA	
ALTAS/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 07/04/2020 às 12:24:41
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
Dr. Paulo César Barros Machado
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4977

Francisco Nunes de Lima
 FRANCISCO NUNES DE LIMA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402577511822 Admissão: 12/04/2020 11:40
 Nome: FRANCISCO NUNES DE LIMA
 Pront.: 5499098 Data Nasc.: 07/03/1974 Idade: 46 ano(s) 4 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98852-8095
 Mãe: MARIA BENEDITA NUNES DE LIMA
 Sexo: Masculino RG: 92024001599 Município: FORTALEZA
 CEP 61661180 Bairro: BOM JARDIM
 Endereço: JOAO XXIII, Nº: 2218

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador ELIZETE CONCEIÇÃO RIOS COREN:86959 Horário 12/04/2020 11:45
 Queixa: fx umero frot parangaba veio regulado

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: REGULADO PARA TO

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUIZ LOPES LIMA CRM: 4516 Nº: 624503 Horário 12/04/2020 12:56

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE, 46 ANOS, SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ 06 DIAS, TRANSFERIDO DO FROTINHA DA PARANGABA, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA DIREITA E BRAÇO DIREITO, SEM DEFORMIDADE APARENTE. PELE ÍNTEGRA

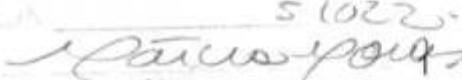
CD: SOLICITO RADIOGRAFIA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/04/2020 09:02

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
12/04/2020 14:47	CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM	PACIENTE, 46 ANOS, SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ 06 DIAS, TRANSFERIDO DO FROTINHA DA PARANGABA, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA DIREITA E BRAÇO DIREITO, SEM DEFORMIDADE APARENTE. PELE ÍNTEGRA. NEGA OUSTRAS QUEIXAS EM ESQUELETO APENDICULAR CONSTATADO FRATURA LUXAÇÃO DE UERO PROXIMAL DIREITO CD: INTERNO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - F.L.
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 30/07/2020
 MATRÍCULA 51022


FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402577511822 Admissão: 12/04/2020 11:40
 Nome: FRANCISCO NUNES DE LIMA
 Pront.: 5499098 Data Nasc.: 07/03/1974 Idade: 46 ano(s) 4 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98852-8095
 Mãe: MARIA BENEDITA NUNES DE LIMA
 Sexo: Masculino RG: 92024001599 Município: FORTALEZA
 CEP 61661180 Bairro: BOM JARDIM
 Endereço: JOAO XXIII, Nº: 2218

EXAME

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
12/04/2020 11:45	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	REGULADO PARA TO	VERDE	ELIZETE CONCEIÇÃO RIOS

PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM CRM 7850 12/04/20 14:48

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 5000 UI / SUBCUTÂNEA / 12/12 H NA FALTA DE ENOXAPARINA 40MG/0,4ML	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN SN	
DIAZEPAM 5MG - COMP ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA ADMINISTRAR À NOITE SE INSÔNIA E NA FALTA DE ALPRAZOLAM	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
ALPRAZOLAM 1MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA ADMINISTRAR À NOITE SE INSÔNIA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCISCO NUNES DE LIMA

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE A PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADA NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSÉ FROTA POR:

RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM FRATURA GRAVE DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO NO DIA 07/03/2020 E TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 13/04/2020.

PACIENTE COM SEQUELA GRAVE DE FRATURA DO UMEROS PROXIMAL DIREITO, COM PERDA 80% DA MOBILIDADE. APRESENTANDO SEQUELA IRREVERSÍVEL.

ENCONTRA- SE DE ALTA AMBULATORIAL

CID: S422

FORTALEZA, 18/11/2020

Dr. Renato F. Fontenele
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 7278

RECEITUÁRIO
LAUDO

Paciente Francisco Nuno
de Lima Sobrinho, 60 anos -
Nunidade proximal esquerda
de um 07/01/2020, subme-
tido a tratamento cirúrgico
com sucesso. A fixação
na cirurgia com 80% de in-
capacidade por sinal de
embolia de, ref. de
mobilização + limitação
de movimentos para
se mover. A dor é
de caráter crônico em 18/11/2020
no S42.2.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.823-91

Fortaleza, 01/12/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS REDES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



FRANCISCO NUNES DE LIMA



DOC IDENTIDADE / OUT IDENTIDADE
92024001599 - BRP - CE

CPF 754.765.453-87 DATA NASCIMENTO 07/03/1974

PLACAR
ANTONIO FERNANDES DE
LIMA
MARIA BENEDETA NUNES
DE LIMA

PROFISSÃO CATEGORIA CATEGORIA
AB

Nº IDENTIFICADOR
00612776537

VALIDADE
21/02/2023

P. VALIDADE
18/05/1999

IDENTIFICADOR
A
AAR

Francisco Nunes de Lima

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/04/2018

71628111465
CB163653690

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1637994820

PROVEDOR PLASTIFICAR
1637994820

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200371411

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO NUNES DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua João XXIII, 2218, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 92024001599

Data e local do acidente: 07/04/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 25/11/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.73763 , longitude: -38.50979

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Ombro direito (fratura cominutiva de cabeça humeral)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado com cirurgia onde foi realizado ressecção parcial da cabeça humeral, 60 sessões de fisioterapia e alta medica em novembro de 2020.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 50°, extensão aos 10°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Dano ombro direito por capsulite adesiva e bloqueio articular grave.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

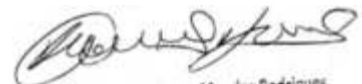
() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Data do acidente: 07/04/2020

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ombro direito (fratura cominutiva de cabeça humeral).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 50°, extensão aos 10°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito. Dano ombro direito por capsulite adesiva e bloqueio articular grave.

Resultados terapêuticos: Tratado com cirurgia onde foi realizado ressecção parcial da cabeça humeral, 60 sessões de fisioterapia e alta médica em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional grave do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 50% do ombro direito, após nova avaliação recebe indenização complementar.

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

Data do acidente: 07/04/2020

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ombro direito (fratura cominutiva de cabeça humeral).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 50°, extensão aos 10°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito. Dano ombro direito por capsulite adesiva e bloqueio articular grave.

Resultados terapêuticos: Tratado com cirurgia onde foi realizado ressecção parcial da cabeça humeral, 60 sessões de fisioterapia e alta médica em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional grave do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 50% do ombro direito, após nova avaliação recebe indenização complementar.

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RESSECÇÃO DA CABEÇA UMERAL. P12(ANEXO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 VÍTIMA INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO OMBRO DIREITO.
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE CABEÇA UMERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 25/11/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE CABEÇA UMERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 25/11/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200371411 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 07/04/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RESSECÇÃO DA CABEÇA UMERAL. P12(ANEXO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 VÍTIMA INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO OMBRO DIREITO.
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293657/20

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

CPF: 754.704.463-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO NUNES DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO NUNES DE LIMA : 754.704.463-87

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: 16/10/2020
Nome: FRANCISCO NUNES DE LIMA
CPF: 754.704.463-87

FRANCISCO NUNES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293657/20

Número do Sinistro: 3200371411

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

CPF: 754.704.463-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/11/2020
Nome: FRANCISCO NUNES DE LIMA
CPF: 754.704.463-87

FRANCISCO NUNES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293657/20

Número do Sinistro: 3200371411

Vítima: FRANCISCO NUNES DE LIMA

CPF: 754.704.463-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 07/12/2020
Nome: FRANCISCO NUNES DE LIMA
CPF: 754.704.463-87

FRANCISCO NUNES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA