

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04367

CONTA: 000000018799-1

Nr. da Autenticação EE77B89970C96BCE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009814/19

Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

CPF: 072.282.743-18

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/12/2016

Titular do CPF: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA : 857.302.463-15

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

JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO : 072.282.743-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2019
Nome: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA
CPF: 857.302.463-15

ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190023532 **Cidade:** Redenção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO - FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS; JOELHO -PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG5SOLICITADA 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.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			53,75 %	R\$ 7.256,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190023532 **Cidade:** Redenção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL BILATERAL, CICATRIZES IRREGULARES, SUGESTIVAS DO USO DE FIXADOR EXTERNO, E CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA E CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO ++/4+, CREPITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: AS FRATURAS CONSOLIDARAM DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190023532
Nome do(a) Examinado(a): Janygleison Costa de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Currais 2, S/N
Zona Rural Redencao CE CEP: 62790-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20150636789
Data local do acidente: [04/12/2016]
Data local do exame: [31/01/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.**

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FIXADOR EXTERNO, SEGUIDA POR PLACA E PARAFUSOS, PARA O MÍD E PLACA E PARAFUSOS, PARA O MIE. FEZ 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 10/06/2018

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

MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR QUADRIPITAL BILATERAL, CICATRIZES IRREGULARES, SUGESTIVAS DO USO DE FIXADOR EXTERNO, E CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA E CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO ++/4+, CREPITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DEBILIDADE GRAVE DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO, PELO EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DOS MESMOS.

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

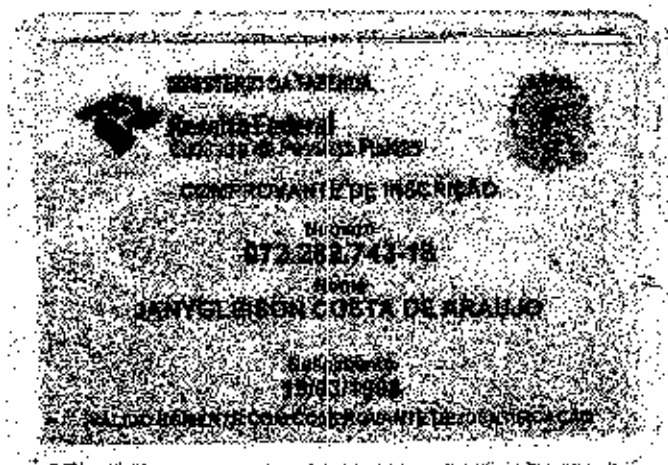
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

Investprev Seguradora S/A
11 JAN 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIPAN - 02 014414000790
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPI 01 0258000000 0000000000 2014

TIPO DE VEÍCULO: MOTOCICLETA

RENTAL: 0000000000

03/02/2014

19/07/2014

VE

VEICULO: 0000000000

PAS/MOTOCICLETA 150 TITAN 150

HONDA 150 TITAN 150

2014 150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

SEGURO DE DANOS POR ACIDENTES CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES TERRESTRES POR SUA CARTELA E PESSOAS
TRANSPORTADAS CUMPRANDO SEGURO PRIVAT

GR Nº 01 0144000790 PRIMEIRO DE SEGURO PRIVAT

01 0144000790

058079700

ESTE É O SEU SEGURO DE SEGURO PRIVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraibem.com.br
SAC 0800 000 000

0144000790

50211550570

2014 19/07/2014

01 0144000790

058079700

150 TITAN 150

2014 150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

150 TITAN 150

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JANIO COSTA DE ARAUJO

RG nº 2004024014242 data de expedição 27/4 2004

Órgão SSP CE portador do CPF nº 036.020.993-93 com domicílio na cidade de REDENÇÃO no Estado de CEARA onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

PV CURRAIS II nº S/N

complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO cujo o condutor era FRANCISCO ROMARIO LEITÃO PEREIRA

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Ano: ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

Placa: 0SB 4797/CE

Chassi: 9C2KC1650ER019325

Data do Acidente: 04/12/2016

Local e Data: REDENÇÃO CE 07/01/2019



x Jânio Costa de Araújo
Assinatura do Declarante

Francisco Romário Leitão Pereira

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



JANIO COSTA DE ARAUJO

REDENÇÃO CE 07/01/2019

Kaia Rodrigues

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMÁTICO
MACON + CAXA DE HASTE DE TIB

FRATURA DE TIBIA - DIAPISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-01-2017 15:10:59

MAPA DO DIA 29/12/2016 - Quinta-Feira

88 5 A SEQUIR 2132 JONATAS BRITO CESAR AUGUSTO

PLACAS EM TEL PARA PLATO TIBIAL + CX
BASICA TO PARA MMH + CX GRANDES
FRAGMENTOS + CX PARAFUSOS
CANULADOS 7.0 MM + CX PEQUENOS
FRAGMENTOS + KIT BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMÁTICO
MACON

INTENSIFICADOR DE
IMAGEM +
PROLONGADOR DE MESA

REALIZADA

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-01-2017 15:41:52

MAPA DO DIA 01/02/2017 - Quarta-Feira

88 18 13:30 2132 SALES

PLACA TACO DE GOLFE (DIRETA) LONGA -
CX GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS;
+ CX BASICA TO PARA MMH + KIT BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMÁTICO
MACON

INTENSIFICADOR DE
IMAGENS + MESA
RADIOTRANSPARENTE

REALIZADA

FRATURA DE TIBIA - DIAPISE DIR + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ BE:5481273

Marcado por:
CESAR AUGUSTO L em:
05-02-2017 17:56:35

<p>Ass.: <i>Dr. Cesar Augusto L</i></p> <p>Data: 01/02/17</p> <p>Imprimir</p>	<p>Retornar dia: <i>02/02/17</i> Hora: para Dr. <i>Sales / J. Santos</i></p>
---	--

HospGestor - Sistema de Gestão de Residência Médica

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/12/2016 04:42:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 707809225790593	NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO		Registro: 5481273		
CPF:	RG:	D. NASC: 19/03/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR:
NOME DA MÃE: RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAUJO			NOME DO PAI: ANTONIO PEIXOTO DE ARAUJO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMINHO DO SUSTO		Nº: S/N	BARRIO: CURRAIS II	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 85-99621-0093	MUNICÍPIO: REDENCAO	UF: CE	CEP: 62791000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMUEL 32 CONDUTOR CLAUDIO		PARENTESCO: MARCELO RIBEIRO		TELEFONE: 85-99621-0093	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MURO SEM CAPACETE, EVOLUINDO COM DEFALEIA, LACERAÇÃO NA REGIÃO OCCIPITAL, FRATURA EXPOSTA NO M.D.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

27/04/2018
Eduardo Moreira

ATESTADO MÉDICO

NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO INSTITUTO DR JOSE FROTA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DEVIDO A FRATURA DE TÍBIA DIREITA SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO.

PACIENTE EVOLUI COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO CLINICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA

RELATA AINDA DOR RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, PROXIMO A MALEOLO MEDIAL

ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA DESTE AMBULATORIO.

CID: S82.2

FORTALEZA, 22 DE FEVEREIRO DE 2018

Dr. Caio Prado S. Costa
Residência Traumatologia
CRM: 15413

Dr. Caio Prado S. Costa
Residência Traumatologia
CRM: 15413

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Prefeitura de
Fortaleza

LAUDO MÉDICO

Nome: Janygleison Costa Araújo

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE tibia direita(diáfise) e tibia esquerda(platô tibial), tendo realizado tratamento cirúrgico para as duas fraturas. No momento, paciente em recuperação, sem deambular. Inicia processo de reabilitação motora.

CID: S82.1 S82.2

Fortaleza 16 de março de 2017

Dr. Ernane Osório
Médico
Crem. 17577



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



No. HOSPGESTOR: 30413

LEITO: 2132

NOME: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

DATA DE INTERNACAO: 04/ 12/ 2016

DATA DA ALTA: 01/03/2017

BE/PRONT: 5481273

CIDADE DE ORIGEM: REDENCAO

NASCIMENTO: 19031988

IDADE: 28

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO OPERATORIOS: AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS

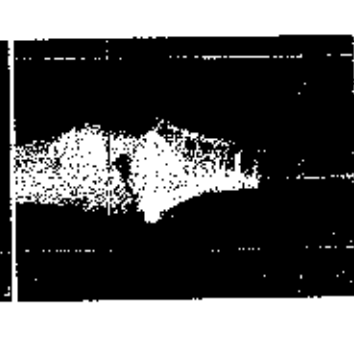
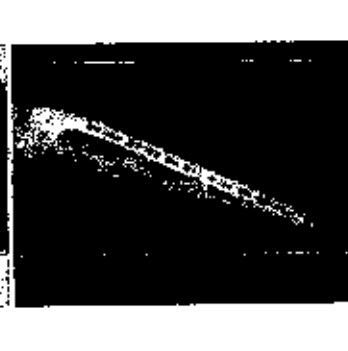
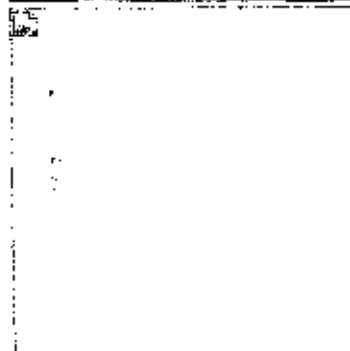
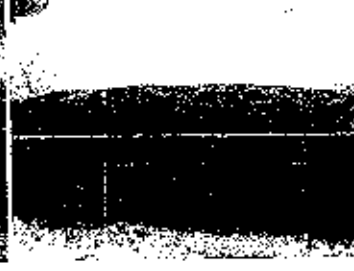
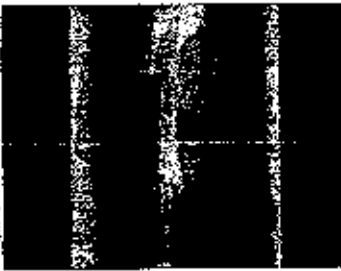
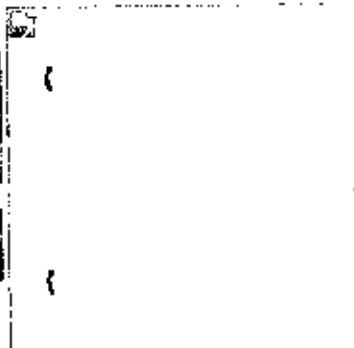
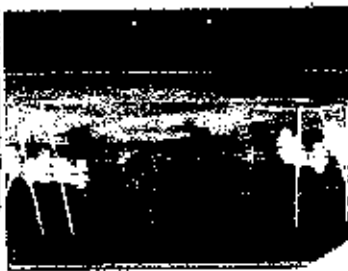
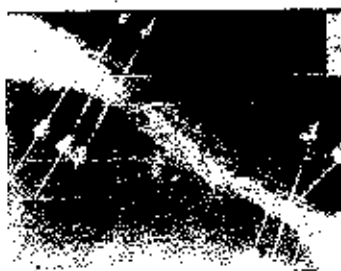
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CESAR AUGUSTO



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação
MAPA DO DIA 22/12/2016 - Quinta-Feira						
88	10 13:30	2132	JONATAS BRITO	CESAR AUGUSTO	PLACAS EM T.E.L PARA PLATO TIBIAL + CX BASICA TO PARA MMH + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PARA FUSOS CAVILADOS 7,0 MM + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BASICO: CX	INTENSIFICADOR

Status da
marcação


Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019
SUSPENSA

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO		
LEITO:	2132		
DATA DE INTERNACAO:	04 12 2016	DATA DA ALTA:	01/03/2017
BE/PRONT:	5481273	CIDADE DE ORIGEM:	REDENCAO
IDADE:	28		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. JONATAS E SALES EM 2 SEMANAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CESAR AUGUSTO		

Ass: 	Retornar dia: <u>01/03/2017</u> Hora: _____ para Dr. <u>Sales / Sorrento</u>
Data: <u>01/03/17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>60 (sessenta) dias</u>
<input type="button" value="Imprimir"/>	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei, tendo em vista o requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARA prestou atendimento ao Sr. JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO, portador do RG 2015063678-9 inscrito no CPF nº 072.242.743-18, no dia 04/12/2016, às 1h16, na municipalidade de Aracoiaba/CE, na Av. 464, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto DN e Frota, Fortaleza - CE. E para constar eu, Ass. Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Euclábio, 27 de Abril de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORA EXECUTIVA



Impresso nº 2018314582

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 539 - 1780 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2018 15:23:52**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2016 01:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA**
Complemento:
Bairro: Município: **REDENCAO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ROMARIO LEITÃO PEREIRA**
Nascimento: **08/09/1992** CPF:
RG: **2006014082322** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **LUCIA LEITÃO PEREIRA**
RAIMUNDO PEREIRA NETO
Endereço: **RUA PAU BRASIL , 387**
Bairro: **PARANGABA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:
Nome: **JANYGLEISON COSTA DE ARAÚJO**
Nascimento: **19/03/1998** CPF: **072.282.743-18**
RG: **20150636789** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA NEIDE COSTA DE ARAÚJO**
ANTONIO PEIXOTO DE ARAÚJO
Endereço: **NÃO INFORMADO CURRAIS II**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **REDENCAO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99737-1814**

Histórico

QUE estava de garupeiro na motocicleta HONDA CG 150 TITAN, PLACA OSB4797, COR BRANCA, ANO 2014/2014 e quem pilotava era FRANCISCO ROMÁRIO LEITÃO PEREIRA; QUE ROMÁRIO perdeu o controle da motocicleta em uma curva e os dois sofreram um acidente colidindo com um muro; QUE estava sem capacete no momento do acidente; QUE ROMÁRIO sofreu apenas escoriações não tendo interesse em dar entrada no seguro DPVAT; QUE do acidente o noticiante teve fratura exposta e pancada na cabeça; QUE ficou internado no IJF durante 3 (três) meses e após esse tempo ficou fazendo tratamento;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

GABRIELA MORORÓ VARELA AGUIAR - MAT.: 30118782

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Janygleison Costa de Araújo

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023532

Vítima: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000004367

Conta: 00000018799-1

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	07228274318	JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SESEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JANYGLEISON COSTA DE ARAUJO	072282743-18	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	PV CURRAIS II	SN
Bairro:	Cidade:	Estado:
ZONA RURAL	REDENÇÃO	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	62750-000	(85) 997449908

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

RECEITA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POLIPANCA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4367 ☐ CONTA: 018799 ☐ 1

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou médica ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Gravidez Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nomeado (ou nomeada)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem 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 298 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Janygleison Costa de Araujo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não autorizando deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-as a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28