

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MANOEL DE SALES
Nº Sinistro: 3180437414
Vitima: JOSE MANOEL DE SALES
Data do Acidente: 06/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437414**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

REEMBOSOS

19 SET 2018

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados da Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas a Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

214.737.143-20 | JOSE MARIO DEL DE SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSE MARIO DEL DE SALES	214.737.143-20	ACUPICULTOR
Endereço	Número	Complemento
Sítio ESPINHAGO - ARAUÁRA	1491	
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	BARBALHA	CEA
Email	CEP	
	63180-000	
	Telefone (DDD)	
	(88) 9.9278-3095	

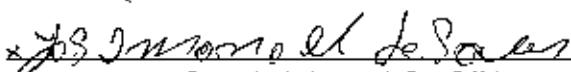
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRC.	CONTA NRC.	AGÊNCIA NRC.	CONTA NRC.
1034	5	33597	5
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BARBALHA/CE, 10 de SETEMBRO de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28/08/2018 - BANCO DO BRASIL - 13:42:24
884212135 0263
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUFANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES
AGENCIA: 1824-3 CONTA: 33.532-5 VAR:51
=====
DATA 28/08/2018
NR. DOCUMENTO 88.421.213.500.263
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL
NR.AUTENTICACAO 7.700.84F,63B,58B,F4A

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

RECEBEMOS
19 SET 2018

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-19



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**

Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**
MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

RECEBEMOS

19 SET 2018

*Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ 21.487.736/0001-16
CE*

CEP:
Telefone: **(88) 9611-8826**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB4451** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

9C2JC30101R097345 Renavam: **754344916** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano

Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERDE Proprietário: **JOSE RICARDO ALVES COUTINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denunciação caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada à rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé immobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Airton Saraiva Calixto Júnior:
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat.: 300.907-1-3

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X José Cesar Agrelli Lobo

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Notre
Corretora de Seguros E
CNPJ 21.487.736/0001-00

X José Ricardo Alves Lobo

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 2 de 2

Impresso em: 18/07/2018 10:26:51



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1893 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**

Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**

Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**

Bairro: **CENTRO**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**

MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

RECEBEMOS

19 SET 2018 UF: **CE**

Maria Cedineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-08

Telefone: **(88) 9611-8826**

Histórico

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE.

Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00.

Lê-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

Jose Airton Saraiva Calixto Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat.: 300907-1-3

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Marcelo Moura de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOSE MANOEL DE SALES CPF da Vítima 214.737.143-20 Data do Acidente 06-06-2011

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

RECEBEMOS

Nome: F. Nobre
CPF: 123.456.789-00
Conselho de Administração
Seguradora Líder DPVAT

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de **invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha solicitação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica na sede da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BARRALHA-CE, 10 de SETEMBRO de 2011
Local e Data

JOSE MANOEL DE SALES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033597-7

Nr. da Autenticação 5D1522AD50497693

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE MANOEL DE SALES

RG nº 990.291.112540, data de expedição 24/05/90, Órgão SSP-CE,

CPF nº 214.731.143-20, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

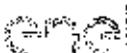
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio ESPINHACO ARACAJA</u>	
Número	<u>491</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	
Cidade	<u>BARBALHA</u>	
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>63180-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9246-5102 - 9.9248-3095</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE 10-09-2018

Assinatura do Declarante: João Manoel de Sales

4471147

Para qualquer esclarecimento, utilize o e-mail
e-mail que consta no contrato anterior.www.eletrobras.com.br
E-mail para: Lef.P.10.630
de 26 de outubro de 2002
Companhia Energética do Paraná
Rua Padre Vicente, 130
CEP 83126-000 (Curitiba/PR)
CNPJ 00.000.000/0001-01 | Cód. Infraestr.

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 532911762

Rot. 39 13014-04 745000 - 6 Data da Entrega: 12/07/2018
 Nome: MARIA DO SOCORRO SALES
 End. Postal: ST ESPINHAO ARAJARA 00491
 DISTRITO ARAJARA - BARBASNA - 63180000
 Medidor: 9581173 Posto: 0000 0000
 Classe: 01-RESIDENCIAL 02-BX: RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA
 RG / CPF / CNPJ: 006612823-41 CEP:

Nome do Responsável:

DÁVIA

Mês de Referência	Data da Apresentação	Pré-Definição	Máxima Leitura	ÍNDICE DE QUALIDADE DO POMECEIMENTO	
Jul/2018	13/08/2018	13/08/2018	Mes	361.298	0,90 13,12

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
ISENTO			Menal	Min. Anual
			15,44	50,38
			41,76	13,24
			3,92	0,60
			0,60	0,38
			0,00	0,00
			2,56	0,36

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

PESQ. 1100.291.3552.1550.1051

DMIC

PIC

DNC

A Enel, Sistel da Energia Elétrica
faz jus ao art. 10, § 3º
do Estatuto da Cidade
de São Paulo
que estabelece que
o fornecimento de
energia elétrica é de
direito público, e que
a concessionária
deve ser a única a
fornecer esse serviço.
CNPJ 00.042.516/00-70 - CNPJ 06.405.264/9
2767309-0

CONTA DE ENERGIA ELETTRICA GUITO B | SÉRIE 5-6 | n° 528655006
Referência 26.13914 SI.119700 - 5 Data de Emissão 12/06/2018
Nome CÍCERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
End. Pous. ST. LAISFOOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180200
Número 32163791 Ponto 0000 0000
Classific. 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CPNJ 410069543-13 SGP

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Salto Atual	Lst.Anterior	Consumo (Whr)	Consumo Total (Whr)	Consumo Total (Whr)	Valor (R\$)	
19.000	18.916	1.054	156	1.054	R\$ 4,42	R\$ 4,42

VALOR CONSUMO DO MÊS	58,39
MULTA HORÁTORIA REF 03/2018	0,66
JUROS DO MÊS	0,32
PLANO DODÔ SYSTEM - 3131-8888	62,16
ADITCIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 3,88)	

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CRP/121.487.726/00021-00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DA CO₂ (pág. 10)

Competência: saber antecipar pelo consumo de energia elétrica.

Empilho kg (CO₂) : Com preenchido kg (CO₂) : Consumo de Energia Elétrica (kg CO₂)

Preço Chártar não se envolveu, e reiterou a sua
negativa para pagar a taxa de custo da carreira
de custo administrativo de Imprensa Lari, R\$ 500,000,00
(R\$ 44.280,00 - Preço).

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,

RG nº 2002022907668 data de expedição 20/03/18,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 003.563.043-03, com
domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio ESPINHAÇO, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE MARCILDES SALES, cujo o condutor era
JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125TITAN KS

Ano: 2001-2001

Placa: HKB 9451

Chassi: 9C2J301010B7345

Data do Acidente: 06-06-2017

Local e Data: BARBALHA - CE - 0808-2018

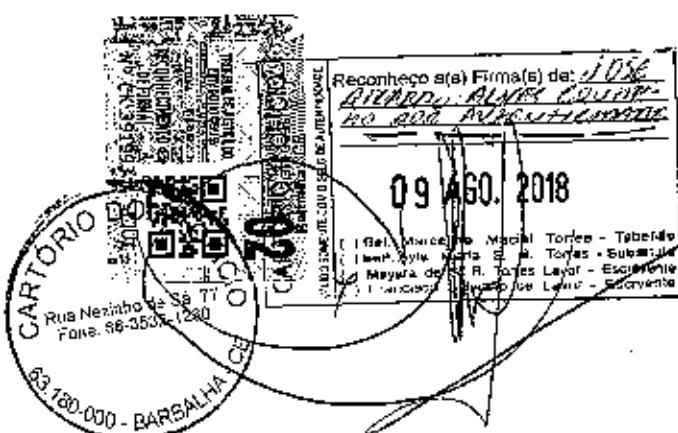
RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Ekel
CNPJ:21.487.736/0001-04

Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbalha - Ceará

Nome: Isaíah Mamede
Nº doc. 1111111111111111

Relatório Médico

Relato que a gestante
Isaíah Mamede Eli
trouxe no dia 06/08/18,
paciente de 30
gravidas.

Dr. (a) Dr. Paulo Cesar D. Solon
R. 107 11212-8
Radiologia Intervencionista
CRM-CE 1212

Volteando à consulta traga esta receita

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-08

50.474



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES

Solicitante...: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893

Idade.....: 56a 6m 7d

Atendido....: 06/06/2017

Laudo.....: 06/06/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Excel
CNPJ:21.487.736/0001-18





CIRURGIA /

07/06/2017

Data de Emissão

90480

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento



Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961 Idade: 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Cidade : BARBALHA

Bairro : RURAL

Telefone : 96118826

CEP : 63180070

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017 Hora : 09:00:46

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Hora médica : _____

*Raporte de Vizinhos
de Transito SIC, CT e
RC RL*

Hipótese Diagnóstica :

Céd. COD 10 :

- Imagem :
 Laboratório :
 Outros :

Prcedimento

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eci
CNPJ:21.487.736/0001-13

Conduta

*Dr. Waydson Basílio
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048*

Assinatura do Paciente ou Responsável

Waydson Basílio dos Santos
 CRM 9048



AUTENTICACAO
A presente cópia confere com o original existente em Nota
Ocupação: BARBALHA/CE
Data: 02 AGO. 2017

Barcelos Maciel Ferreira - Titular
Av. Maria da So Barreto Torres - Subsolo
Edifício da So Barreto Torres Lavor - Edifício
das Finanças S/Nº - CNPJ: 24.140.000/0001-00
Assinado: 02 AGO. 2017

John
Hannan Jr.



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Name: Tom Monroe ID: 6
Doc.

48000

Exhibit 5A23

Trichinae gen. sp. ⑤

trichob Cingulante e
deverá chegar p/ 04
(Gustavo) men e trichob

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06

Dr. (a) *Guillermo da Silva*
Cra/area 1 - Brasília/DF
CEP: 70122

Dr. (a)

Voltando à consulta traga esta receitinha

50,474



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3129207

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

Solicitante...: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 789306

Idade.....: 56a 9m 17d

Atendido....: 26/10/2017

Laudo.....: 26/10/2017

PÉ DIREITO

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.



Dra. Eveline Santana
CRM-CE 47228

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-52



Hospital do
Coração do Capiri
SEU CORAÇÃO EM BOAS MÃOS

O Sr. JOSÉ MANOEL DE SALES DE
56 ANOS DE IDADE, PRESENTA RISCO
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA.
(Fratura de fíbula).

ACV = BEM 5/50 RISCO FC = 65 bpm
PA = 130/80 mmHg PR = 130 bpm

ANAMISES
Pronto - BOA PULSADA
Neuro - VIVA

(ALTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pipêiro de Almeida
Cardiologista
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

16/08/18



RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.407.736/0001-07



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: SUCIANO

Paciente: 444891 Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dias
Nome do Paciente: JOSE MANOEL SALES Data Nascimento: 10/01/1961
Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO Religião:
Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: BARBALHA
Endereço: SITIO ESPINHACO Número:
Bairro: RURAL Cidade: BARBALHA
CEP: 63180970 Telefone: 996118825
Identidade: 9902911540 CPF: 21473714320 CNS: 702909566054575
Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES
Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES
Profissão Declarada: AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome: JOSE MANOEL SALES Parentesco: O MESMO Fone: 996118825
Endereço: SITIO ESPINHACO Número:
Complemento: CEP: 63180970

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: L JUNIOR

Número: 3038537



Data: 10/07/2017 Hora: 07:33:45

Origem: INTERNACAO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA F1 E1

Unidade de Internação: BLOCO IV

Leito: ENF 29-2

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM - C6002 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF: 34631348372

Onguênia: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Carteira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA 6 LEITOS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento principal: 0408050195

REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ME

Local de Procedência:

Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia/ Traumatolog
CRM: 6002
CPF: 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM 06002

Paciente/Responsável

RECEBEMOS
19 SET 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Ekel
CNPJ: 22.187.736/0001-06



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nº 14790017783

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2 - CNES	2664211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	4 - CNES	2664211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE MANOEL SALES			6 - Nº Prontuário	444891
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raca Cor	10.1 - Etnia	
702909660054575	10/01/1961	<input checked="" type="checkbox"/> X 1	<input type="checkbox"/> 3	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	MARIA BRASILINA SALES			12 - Telefone de Contato	8895118826
13 - Nome Responsável	MARIA BRASILINA SALES			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	SITIO ESPINHACO, -RURAL			17 - IBGE	18 - UF
BARBALHA				230190	CE
19 - Município	20 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
	PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRAUTURA EM MÉDIO PÉ DIREITO				

RECEBEMOS
19 SET 2018

21 - Condições que justificam a Internação
ATO CIRURGICO

Maria Gecineide F. Nobre
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

HDA = RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Asociadas

S923

V98

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P 28 - Código do Procedimento
0408050196

29 - Especialidade 30 - Caráter de Atendimento 31 - Documento 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICO 1 (X) CNS () CPF 128366744590001

33 - Nome do Profissional/Assistente 34 - Data da Solicitação 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

CASSIO MURILLO DA SILVA

08/06/2017

6002

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Billiano	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Tóxico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Tóxico			

45 - Vinculo com a Previdência

() Empregado () Empreendedor () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador 47 - Cód. Órgão Emissor
M230190101 56 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
() CNS () CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

28/06/2017

Ora Lefébure

Código do Laudo: 3016936

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

2 - CNES

2564211

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

4 - CNES

2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ricardo Henrique Sales

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Q

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/61

9 - SEXO

Masculino

10 - RACACCR

3

11 - NOME DA MÃE

Maria Brandina Sales

12 - TELEFONE DE CONTATO

8888-1111

13 - NOME DO RESPONSAVEL

Barbálha

14 - TELEFONE DE CONTATO

8888-1111

15 - ENDERECO (SUA, Nº, BAIRRO)

Rua 1000, 1000, Bairro Rural

17 - CÓD. ISSSE/INICÍPIO

1111111111111111

18 - UF

SP

19 - CEP

11111-111

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

21 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

26 - DIAGNÓSTICO INICIAL

27 - CID 10 PRINCIPAL

28 - CID 10 SECUNDÁRIO

29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

30 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RECE

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 SET 2018

33 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/EU ou DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI/EU

DIÁRIA DE UTI/EU

Maria Gecinele F. Nobre

Coordenadora de Seguros Exei

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CNPJ 21.487.756/0001-06-34-QPDE

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

48-QTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Sem necessidade de prologe
frotar*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

CNS

CPF

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Cassio Alencar de Souza
Ortopedia e Maken, Endocrinologia
CNS 1111111111111111
CPC 2111111143372*

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

CNS

CPF

51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

A. A.



Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF
29-2
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PÓ IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAIO.

1º DPO

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS APÓS CIRURGIA. (PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H).

(PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO.

ACV: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RHA-. INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL I: PROFUNDA, NÃO PAI.PO VMG.

EXT: MID EM ROTAÇÃO NEUTRA, PÉ D ENFAIXADO, PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.497.736/0001-06

CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.
2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.
3. PRESCREVO CEFALOXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.
4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.
5. ORIENTO RETORNO, SE SINAIS DE GRAVIDADE.


ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3038537
Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES
Solicitante...: CASSIO MURILLO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Pedido...: 768075
Idade.....: 56a 6m 7d
Atendido.: 10/07/2017
Laudado.: 10/07/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Dr. José Naldo de S. Benedito
M.D.C.R. CR 1000
C.R.N. 2.374

ANNUAL REPORT
OF THE STATE BOARD OF
EDUCATION OF THE STATE OF
MISSOURI
FOR THE YEAR
1887-88
TO THE
GENERAL ASSEMBLY
OF THE STATE OF
MISSOURI
AT SEDALIA, ON THE
11TH DAY OF JUNE, 1888.

El granito de San José

RECEBEMOS

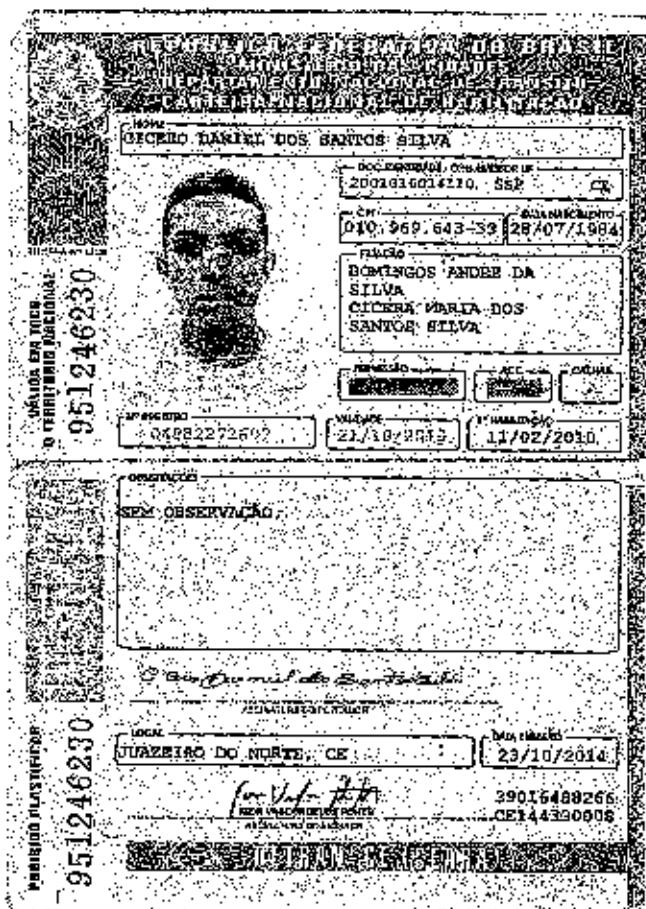
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-16

1951-1952
1952-1953

1935-1936. 1936-1937. 1937-1938. 1938-1939.





RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PREGAMENTOS

19 SEP 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 01.497.765/0001-47

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SVA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE-NP-013570396656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2012

卷之三

1529451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO D'PVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.sembratobraille.com.br

132732965

卷之三

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:

18300-145

APPENDIX

MODEL

ANOTHER
2001

CHARLES
1925

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

61 25

00000000000000000000000000000000

卷之三

藏文大藏经

Page 10 of 10

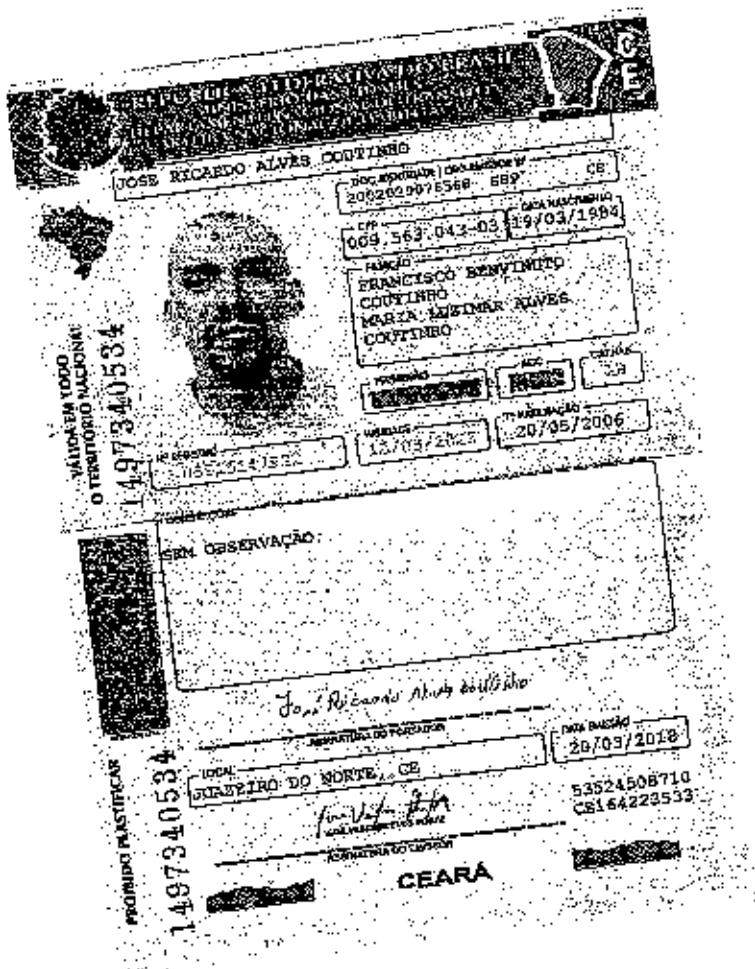
DATA DE PR

卷之三

卷之三

SEGURADORA ELETRONICA - DPVAT

Case 1:08-cv-00044-JM Document 1-1 Filed 03/10/08 Page 1 of 1



RECEBIMENTO

19 SET 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros E./C.
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecianeide F. Nobre
Corretora de Seguros Efc
CNPJ: 21.487.716/0001-13

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário JUNHO/2018

CBO Fmg. Local Depto. Setor Seção

2521-05 - ADMINISTRADOR

Ctg.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,000	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

RECEBEMOS TERRA RECEBEMOS, AS INDEVIDAS DESJADA, DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Cicero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Recebimento

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
Salário Bruto	3200,00	406,83
Sal. Depto. IRFF		
Base Calc. FGTS		
TGTS do Mês		
Base Cálculo IRFF		
Saldo IRFF		
Valor Líquido	2.793,17	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344463/18

Vítima: JOSE MANOEL DE SALES

CPF: 214.737.143-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2017

Titular do CPF: JOSE MANOEL DE SALES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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
Outros

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

JOSE MANOEL DE SALES : 214.737.143-20

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: 19/09/2018
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE