
Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190090187

Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO DA ROCHA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190090187

Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO DA ROCHA RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190090187 **Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES**

Data do Acidente: 15/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

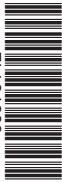
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190090187

Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO DA ROCHA RODRIGUES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARCIO DA ROCHA RODRIGUES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001089**

Conta: **0000045009-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: - Nome completo da vítima: Mauri da Silva Rodrigues

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

Nome completo: Márcio da Rocha Rodrigues CPF: 033.487.233-0

Profissão: Soldador Endereço: Ru. do do Campo. Número: _____ Complemento: _____

Bairro: alto lipo Cidade: Paraipaba Estado: CE CEP: 62685-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 85 98241586

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1089 CONTA: 45009 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
e data de
assinatura
do beneficiário
ou representante

Local e Data, Paraipaba 28/01/19.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mauri da Silva Rodrigues
Assinatura do Representante Legal (se houver)

[Assinatura]
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

01/FEV/2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se 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.



01 FEV. 2019

**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: 3190090187
Nome do(a) Examinado(a): Davi da Silva Rodrigues
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Alto do Cipo, S/N
Zona Rural Paraipaba CE CEP: 62685-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [15/09/2018]
Data local do exame: [20/02/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

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

Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: 09/01/2019

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

LIMITAÇÃO MODERADA DE ROTAÇÃO INTERNA, DE FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

- 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:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

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):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 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

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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 201952253

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 618 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **22/01/2019 14:13:03**Data / Hora da Ocorrência: **15/09/2018 19:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM BRAGA**Complemento: **PARQUE SÃO GERARDO**

Bairro:

Município: **CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **DAVI DA SILVA RODRIGUES**

Nascimento:

CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA**Endereço: **RUA PV ALTO DO CIPO**Bairro: **ALTO CIPO**Município: **PARAIPABA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Noticiante(s)Nome: **MARCIO DA ROCHA RODRIGUES**

Nascimento:

CPF: **033.148.723-30**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **LUCINEIDE DA ROCHA RODRIGUES**Endereço: **RUA PV ALTO DO CIPO**Bairro: **ALTO CIPO**CEP: **62.685-000**Município: **PARAIPABA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9402-8779****Histórico**

Que comparece a esta Delegacia na qualidade de genitor de Davi da Silva Rodrigues; Que relata que o seu filho estava brincando na rua em frente à residência de sua tia Francisca Rodrigues Pedro; Que uma motocicleta Honda de cor preta atingiu o seu filho; Que prontamente o depoente foi em direção ao seu filho para socorrê-lo; Que no momento do acidente não observou a placa da motocicleta; Que o seu tio Edvan também correu para prestar socorro, mas também não observou os dados da motocicleta; Que o Samu compareceu ao local do acidente prestando o devido socorro; Que o Samu conduziu o seu filho para o Hospital Municipal de Caucaia; Que apresenta a esta Delegacia os seguintes documentos: identidade do declarante, ficha de atendimento do Hospital Municipal de Caucaia, certidão de nascimento e comprovante de endereço. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**01 FEV. 2019****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 201952253

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 618 / 2019

KAMILLA DANTAS CHAGAS - MAT.: 30119436

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

marcos do rocio castro

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

01 FEV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: - Nome completo da vítima: Mauri da Silva Rodrigues

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

Nome completo: Márcio da Rocha Rodrigues CPF: 033.487.233-0

Profissão: Soldador Endereço: Ru. do Campo Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Auto Lipo Cidade: Paraipaba Estado: CE CEP: 62685-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 85 98241586

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1089 CONTA: 45009 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
e dígito de
vítima ou
beneficiário
não preencher dados

Local e Data, Paraipaba 28/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

01/FEV/2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se 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.

útima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE CAUCAIA



CARTÓRIO BRITO RAMOS

1º Ofício

REGISTRO CIVIL - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Rua Cel. Correia, 1583 - Fone: (85) 3342.3599 - Fax: (85) 3342.3632
Caucaia - CE

Belª Ângela Maria de Brito Ramos
TABELIÃ

Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

DAVI DA SILVA RODRIGUES

MATRÍCULA:

0155780155 2011 1 00125 005 0101882 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIAS	MÊS	ANO
Vinte e oito de fevereiro de dois mil e onze		28	2	2011
HORA NASC	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
4hs e 12m	Caucaia/CE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E AT	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO		
Caucaia/CE	Hosp. e Maternidade Santa Terezinha	masculino		
FILIAÇÃO				
Márcio da Rocha Rodrigues e Maria de Fátima da Silva				
AVÓS				
Francisco Rodrigues Pedro e Lucineide da Rocha Rodrigues (paternos) e Manuel Hemetério da Silva e Rita de Cássia Fonteles (maternos)				
GÊNEOS	NOME E MATRÍCULA DOS GÊNEOS			
Não	Não consta			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		Nº ONV		
Vinte e um de março de dois mil e onze		30-52737482-4		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Ato registrado no livro A- 125, às fls. 005, sob o nº 101.882.				

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Caucaia/CE, 21 de março de 2011



Virgínia Lúcia Ramos Soares
Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
Escriturária Substituta

01 FEV. 2019

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO BRITO RAMOS
1º Ofício
RUA CEL. CORREIA, 1583
CAUCAIA - CE

Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde

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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO DA ROCHA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 000000045009-0

Nr. da Autenticação A3ABA59AABA0BA00



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 555749065

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
9681143 DV **9**

VENCIMENTO
07/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
61,35

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 20 022000 08 044200

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço Postal

Medidor

2577879

Poste

0000 0

End. da Unidade
Consumidora

RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA
61603070

RG / CPF / CNPJ

420.119.223-72

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

2845

2771

1

74

0

74

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

28/12/2018

Prev. Próxima
Leitura

29/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

01C3.A29C.0805.1836.176F.CB27.B2D6.3E7A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
50,79	27%	13,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,20

MULTA MORATORIA

1,01

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

9,35

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

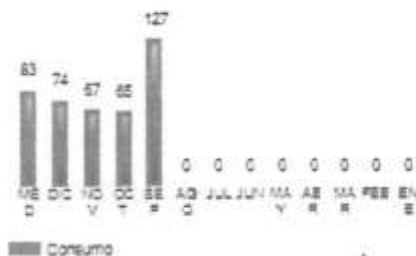
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,56

Conjunto CAUCAIA

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	1,90	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

9681143-9

N° da Nota Fiscal: 555749065

Total a Pagar (R\$): 61,35

Data de Emissão:

11/01/2019

Referência: DEZ/2018

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

01 FEV. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 556107911

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

8128452

DV 7

VENCIMENTO

08/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

End. da Unidade

Consumidora

PV ALTO DO CIPO 00000 ALTO CIPO PARAIPABA 62685000

RG / CPF / CNPJ

532.348.043-20

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual

Leitura Anterior

Constante

Consumo (kWh)

Consumo Incl.

Consumo Faturado

FP

1525

1448

1

77

0

77

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

01/02/2019

Prev. Próxima
Leitura

04/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5F45.2B9B.823C.C1A3.6E1E.9F15.899D.5053

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

TAXA DE SEGUNDA VIA

-30,81

2,85

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

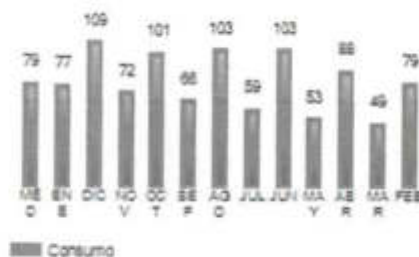
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,06

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,05		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

8128452-7

Nº da Nota Fiscal: **556107911**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

22/01/2019

Referência: **JAN/2019**

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

01 FEV. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Pre Adenilson Luiz de Azevedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Mareo da Rocha Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.148.723 30.
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Heavi da Silva Rodrigues
inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.148.723 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Solidade</u>	Cidade: <u>Barraquão</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel.(DDD): <u>(85) 987241586.</u>

Local e Data: Barraquão 28/01/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

01 FEV. 2019



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/09/18	HORÁRIO: 13:31	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA (X)
PACIENTE: JAVIER SILVA RODRIGUES		
NOME DA MÃE: MARIA DO FATIMA RODRIGUES		
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/11	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM (X) NÃO
IDADE: 7	SEXO: M () F (X)	RG:
TELEFONE: 8740.0848		
ENDEREÇO: RUA ENG. DAVID COSTA 1190	FUNÇÃO:	
BAIRRO: P.S.G.	CIDADE: CAUCAIA	ESTADO: CE

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

pontada no peito lado E

CLÍNICO () CIRURGIÃO (X) TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRIA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE				DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL	
HORA: 19:33	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA:

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente com queixa de pontada no peito, com dor em face E, dor
em art. e dor no
Causa: - Trauma com X de trauma
- Trauma
- Trauma

Integridade

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

01 FEV. 2019

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Luiz Carlos da Silva Rodrigues

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINAT.
	① Dilipirona 0,8g + 9,2g AlO₃ e U₂ ag. (0,8) Dr. Leonardo B. Portosa Cirurgião Geral CRMCE: 13481 Pret. reflex. "anapeltao" De - aho @e jellto 14 frz h + mmu ml (P) Cid TAD pua + lantid (E) + jare ② Bino		

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

2/24 10

Paulo Elivel Botta Pontes
Oncopédia - Pat. Oncologia
CRMEL 0314 SBOT 11263

NH

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg
T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C
GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl
FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm
SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

(X) ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO - MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/09/18	HORÁRIO: 7:55	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS (2) AMBULÂNCIA ()								
PACIENTE: DAVI	NO	SILVA								
NOME DA MÃE: ANA	NO	SILVA								
DATA DE NASCIMENTO: 20/02/11	CARTÃO DO SUS: -	INDIO: () SIM (2) NÃO								
IDADE: 7 A	SEXO: M(4) F()	RG: -								
ENDEREÇO: R. C. N. G. FLAVIO	CIDADE: COSTA	TELEFONE: 98740-0748								
BAIRRO: P. S. G.	ESTADO: U	FUNCIONÁRIO: R. S. G.								
ACOLHIMENTO										
QUEIXA PRINCIPAL: Retorno, Dr. Paulo Elvel, MSE										
CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA() PEDIATRIA()										
SINAIS VITAIS										
ESCALA DE DOR ADULTO										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	
HORA: 08:0	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:				
VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()						R. S. G.				
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.										
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:									
fez uma mel (E) 9:24										
04										
DIAGNÓSTICO INICIAL:										
CONDUTA:										
Albino 15d										
01 FEV. 2019										
01 FEV. 2019										
EXAMES REALIZADOS:										
LABORATORIAIS () RAIOS-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()										
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:										
R. S. G. da Rocha										

CLÍNICA

DCM
EVANGELISTA

CONSULTAS E EXAMES

Paciente Selostião Martins
Do S. No, 54 anos vítima de atropelamento tendo na ocasião fratura exposta em Tornozelo direito sendo submetido a tratamento cirúrgico e inserção de gesso além de ter amputado a 5.ª dedo do pé direito. Ao exame: Dor recorrente, diminuição da sensibilidade e dificuldade para deambular, devido exposto por fratura com maloclusão de 50% no me. distal amputado.

(ID). M21.6

Dr. Rafael Freire Lúcia

CRM: 14349

CPF: 029.079.622-72

Rua Cônego Eduardo Araújo, 1180 - Centro - Pacajus - CE
CEP: 62.870-000 | Fone: (85) 3348.0529

4-2-19

SINISTRO 3190090187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAVI DA SILVA RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO DAVI DA SILVA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 03314872330

Posição em 13-02-2019 10:21:09

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao menor **DAVI DA SILVA RODRIGUES**, portador do RG (não informado), SSP-CE, inscrito no CPF (não informado), no dia 15/09/2018 às 19h16, no município de Caucaia-CE, na Rua Joaquim Braga n.º 162, Bairro Parque São Gerardo, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por motocicleta, sendo removido para o **AGR – Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 29 de janeiro de 2019.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



Prova do ato declaratório
FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/10/18 HORÁRIO: 19:31 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA (X)
PACIENTE: GAVIÃO SILVA RODRIGUES
NOME DA MÃE: MARIA DO FÁTIMA RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO: 23/02/19 CARTÃO DO SUS: INDIO: () SIM (X) NÃO
IDADE: 7 SEXO: M (A F) RG: TELEFONE: 8740.0642
ENDEREÇO: RUA BNB 4574 U90
BAIRRO: P.S.G. CIDADE: CAUCAIA ESTADO: CE FUNCIONÁRIO: J

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

pancada no peito lado E

CLÍNICO () CIRURGIÃO (X) TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRIA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIV	
HORA: 19:33		PA:	TEMP:		SpO2:		F.C:		GLICEMIA:	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

Assinatura de J. Silva

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNA

HORA:

HISTÓRIA CLÍNICA:

*Acusar de contusão de cintura, com dor em Joelho O e Tórax
Ela está em repouso
Exames em fase de espera SCP
alt: - 2ml de urina x de tórax
- pulmão
- pulmão direito
- pulmão*

Intepedido

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Assinatura de Maria do Fátima Rodrigues

SINISTRO 3190090187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAVI DA SILVA RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO DAVI DA SILVA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 03314872330

Posição em 13-02-2019 10:21:09

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao menor **DAVI DA SILVA RODRIGUES**, portador do RG (não informado), SSP-CE, inscrito no CPF (não informado), no dia 15/09/2018 às 19h16, no município de Caucaia-CE, na Rua Joaquim Braga n.º 162, Bairro Parque São Gerardo, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por motocicleta, sendo removido para o **AGR – Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 29 de janeiro de 2019.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



Prova do ato declaratório
FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/10/18 HORÁRIO: 19:31 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA (X)
PACIENTE: GAVIÃO SILVA RODRIGUES
NOME DA MÃE: MARIA DO FÁTIMA RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO: 23/02/19 CARTÃO DO SUS: INDIO: () SIM (X) NÃO
IDADE: 7 SEXO: M (A) F () RG: TELEFONE: 8740.0642
ENDEREÇO: RUA BRG FÁTIMA COSTA 490
BAIRRO: P.S.G. CIDADE: CAUCAIA ESTADO: CE FUNCIONÁRIO: J. C.

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: pancada no peito lado E
CLÍNICO () CIRURGIÃO (X) TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRIA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIV	
HORA: 19:33		PA:		TEMP:		SpO2:		F.C:		GLICEMIA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

Assinatura do Dr. J. C.

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNA

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

*Acumulação de citogenética, com des em foleto O e Tumor
Ela está em fase de progressão
Exatidão em fase de tumor SCP (fórmula)
cit.: - 2 mitoses em 24 horas
- 1 mitose
- 1 mitose
- 1 mitose*

Intepedro

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Assinatura do Paulo Rodrigues

útima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE CAUCAIA



CARTÓRIO BRITO RAMOS

1º Ofício

REGISTRO CIVIL - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Rua Cel. Correia, 1583 - Fone:(85) 3342.3599 - Fax:(85) 3342.3632
Caucaia - CE

Belª Ângela Maria de Brito Ramos
TABELIÃ

Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

DAVI DA SILVA RODRIGUES

MATRÍCULA:

0155780155 2011 1 00125 005 0101882 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DI	ME	ANO
Vinte e oito de fevereiro de dois mil e onze		28	2	2011
HORA NASC	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
4hs e 12m	Caucaia/CE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E AT	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO		
Caucaia/CE	Hosp. e Maternidade Santa Terezinha	masculino		
FILIAÇÃO				
Márcio da Rocha Rodrigues e Maria de Fátima da Silva				
AVÓS				
Francisco Rodrigues Pedro e Lucineide da Rocha Rodrigues (paternos) e Manuel Hemetério da Silva e Rita de Cássia Fonteles (maternos)				
GENEOS		NOME E MATRÍCULA DOS GENEOS		
Não		Não consta		
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		Nº ONV		
Vinte e um de março de dois mil e onze		30-52737482-4		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Ato registrado no livro A- 125, às fls. 005, sob o nº 101.882.				

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Caucaia/CE, 21 de março de 2011



Virgínia Lúcia Ramos Soares
Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
Escriturária Substituta

01 FEV. 2019

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO BRITO RAMOS
1º Ofício
RUA CEL. CORREIA, 1583
CAUCAIA - CE



01 FEV. 2019



01 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DE ROTAÇÃO INTERNA, DE FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/02/2019

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 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: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DE ROTAÇÃO INTERNA, DE FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/02/2019

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 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: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X @ 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190090187

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES

Data do acidente: 15/09/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X @ 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090187 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Marcio da Rocha Rodrigues, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Salvador, residente e domiciliado à Rua PV. Alto do Cipo, nº, bairro Alto do Cipo, Município de Parnaíba, Estado de(o) Ceará, Cep: 62685000, portador(a) do Rg nº 200502701620, SSP/CE e CPF nº 033.148.723-30.

Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Mauri da Silva Rodrigues, ocorrido em 15/09/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez Permanente

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Caucaia, 22 de Janeiro de 2019.

01 FEV. 2019

Assinatura: x Marcio da Rocha Rodrigues

Nome do Outorgante: Marcio da Rocha Rodrigues

CPF nº 033.148.723-30



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOROLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7801 - E-mail: cartorio@cartoriosximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura
Indicada de MARCIO DA ROCHA RODRIGUES. Dou Fé
Caucaia-CE, 22 de janeiro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

[Assinatura]

Confira os dados do ato em:
esetodigital.tjce.jus.br/portal



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039024/19

Número do Sinistro: 3190090187

Vítima: DAVI DA SILVA RODRIGUES

CPF: 033.148.723-30

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 15/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARCIO DA ROCHA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/02/2019
Nome: DAVI DA SILVA RODRIGUES
CPF: 033.148.723-30

DAVI DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS