
Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186607

Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

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, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186607

Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

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: 626.885.163-37 Nome completo da vítima: JACKSON DAUI DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo: JACKSON DAUI DE SOUSA SANTOS CPF: 626.885.163-37
Profissão: REUSO-SE Endereço: RUA LHM EDSON QUEIROZ Número: 219 Complemento: CASA
Bairro: TRIÂNGULO Cidade: JUAZEIRO DO NORTE Estado: CEARÁ CEP: 63041-090
E-mail: _____ Tel. (DDD): (88) 988070712

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3587 CONTA: 00034030
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
08 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28
Assinatura

Local e Data, J. DO NORTE - CE, 25-02-2019
Nome: JACKSON DAUI DE SOUSA SANTOS
CPF: 626.885.163-37

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JACKSON DAUI DE SOUSA SANTOS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Impresso nº 2019103888

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1923 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2019 15:10:53**
Data / Hora da Ocorrência: **02/09/2018 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SOCORRO NORÕES MOTA**
Complemento:
Bairro: **TRIÂNGULO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **MURO DA SINGER**

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS**
Nascimento: **25/04/2000** CPF: **626.885.163-37**
RG: **20170935064** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CICERA DE SOUSA ALVES**
CÍCERO MARIVALDO DOS SANTOS
Endereço: **RUA CHANCELER EDSON, 219**
Bairro: **TRIÂNGULO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99615-2238**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **01P1018** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0550CR591208** Renavam: **487913434** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE ANDRE DA SILVA SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE NÃO É HABILITADO e conduzia a Motocicleta supra descrita, ocasião em que sofreu uma queda daquele veículo, após uma frenagem repentina, vindo por consequência a sofrer as lesões que constam nos documentos médicos que ora apresenta e que seguem em anexos. Que foi socorrido por um popular para a UPA 24h e depois encaminhado para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ CRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

**UPA 24h Limoeiro****437527**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: _____

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

ATO DECLARATÓRIO**Ficha de Atendimento**

Data: 02/09/2018
Hora: 10:23

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 49057 JACKSON DAVI SOUZA SANTOS

Responsável: JACKSON DAVI SOUZA SANTOS

Mãe: CICERA DE SOUZA ALVES

Nasc: 25/04/2000 Idade: 18

Telefone: - Celular: (88) 98867-6044

Endereço: RUA EDSON QUEIROZ, 73, TRIÂNGULO - JUAZEIRO DO CEP: 63.041-070 Natural: AURORA - CE

Documento

Mat/CNS: 898050098686722

Doc. Identidade: 898050098686 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

ACIDENTE DE MOTO, COM ESCURIAÇÕES PELO CORPO, DOREM PE ESQUERDO.

NEGA DESMAIO OU VÔMITOS

NEGA ALERGIAS

ATO DECLARATÓRIO

Investprev Seguradora S/A

Antecedentes Médicos

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame Físico

EGB, EUPNEICA, HIDRATADA, AFEBRIL, NORMOCORADA, CONSCIENTE E ORIENTADA

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 R520

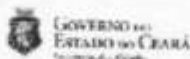
FRATURA DO PE E

Tratamento

SOLICITO RX PE ESQUERDO
ANALGESIA

LORENA GOMES DE LIMA LUNA
CRM: 18818 / CE

DR. Hedilberto Macedo
MÉDICO
CRM 18818
Diretor Médico



2ª Via

Nº de inscrição:

0021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RU BEA MARIA DE ARAUJO, 8, ROMERAO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63.090-020

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 004

Quadra: 0125

Lote: 0143

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INDICADORES SOBRE ABASTECIMENTO

Serviço:

Medidor:

Leitura Superior:

Leitura Atual:

Volumen(m³):

Média Semestral(m³):

AGUA

A15F154259

110

113

3

0

DATAS

Leitura Atual: 17/12/2018

Leitura Anterior: 17/11/2018

Unidade: 09/01/2019

Próxima Leitura: 16/01/2019

Leitura Anterior: 3

Leitura Superior:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A:

10/2018

Nº de Amostras:

Classe:

Turbidez:

Cor:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli:

Exigido:

141

141

022

141

141

Encontrado:

144

144

144

144

144

Excedente:

131

143

143

136

144

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

ÁGUA

29,12

Mês Anterior:

Água (m³)

Esgoto (m³)

Multa de 2%

1/1

1,16

DEZ/2017

0

0

JUROS DE 0,033% AO DIA

1/1

0,16

JAN/2018

4

0

FEV/2018

0

0

MAR/2018

1

0

ABR/2018

0

0

MAI/2018

0

0

JUN/2018

0

0

JUL/2018

0

0

AGO/2018

0

0

SET/2018

0

0

OUT/2018

1

0

NOV/2018

0

0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

SUBSIDIO

Descrição:

Valor (R\$)

Descrição:

Valor (R\$)

IPTU

0,29

VALOR DO SERVIÇO

30,46

COFINS

1,45

VALOR DO SUBSIDIO

0,00

VALOR TOTAL A PAGAR

30,46

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

12/2018

07/01/2019

30,46

UNDE PAGAR O FATOR

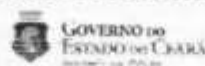
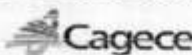
Banco Bradesco S.A. Agência 0000, Caixa Postal 1000, Juazeiro, Ceará.
Banco Bradesco S.A. Agência 0000, Caixa Postal 1000, Juazeiro, Ceará.
Banco Bradesco S.A. Agência 0000, Caixa Postal 1000, Juazeiro, Ceará.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações, por favor, ligue 0800 275 0195, ou acesse o site www.cagece.com.br, ou, no endereço: Cagece, Rua 1918, de 4h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: 0800 275 0195. Site: www.cagece.com.br

Parceiros Reguladores: Fundação ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento. Av. Lúcio Lúcio, 6500, 255, 1919 - Distrito Industrial - NCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará - 0800 275 0195.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0021732590

Código de Regime:

Mês/Ano: 12/2018

Local: 021

Setor: 4

Quadra: 0125

Lote: 0143

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 07/01/2019

Total (R\$): 30,46

82670000000-1 30460009000-1 02173259001-9 02001631025-0



EMISSION: CHATBOT08/01/2019 05:11:46

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **045.291.864** / **23**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JACKSON DAUT DE SOUSA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº **626.885.163** / **37**,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JACKSON DAUT DE SOUSA SANTOS**,

inscrito (a) no CPF sob o Nº **626.885.163** / **37**, 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: **RUA BEATA MARIA DE ARAUJO**

Número: **09**

Complemento: **PISO**

Bairro: **ROMEIRÃO**

Cidade: **JUAZEIRO DO NORTE**

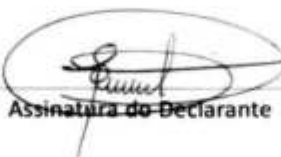
Estado: **CE**

CEP: **63050-720**

E-mail: **LORDNALDO@YAHOO.COM**

Tel.(DDD): **(88) 3512/4870**

Local e Data: **J. DO NORTE - CE, 25-02-2019**


Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, JOSE ANDRE DA SILVA SANTOS

RG nº 2006034008373, data de expedição 25/01/06

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 033.249.703-85

com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VALDOMIRO MARCAL, nº 249

complemento TRIANGULO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS, cujo o condutor era

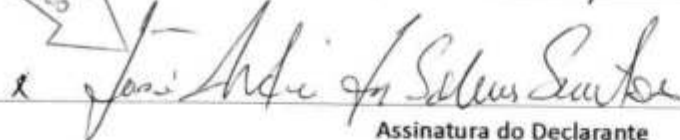
JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano: 2012

Placa: 0EPJ018 Chassi: 9C2KD0550CR591208

Data do Acidente: 02/09/18

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/02/2019


Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

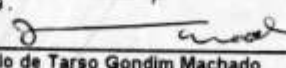
CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

**MACHADO**
2º Ofício

SEL PAULO DE TARSO G. MACHADO | SEL CÍCERO A. G. MACHADO | SEL JOÃO G. MACHADO
Técnicos
R. São Francisco, 249 | Centro | Juazeiro do Norte | CE | CEP: 63010-215 | investprev@lider.com.br
Atores: (85) 3512.1313 / (85) 3512.1518 / (85) 3512.4261

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE ANDRE DA SILVA SANTOS. FEITO POR Goy. DOU FE. Juazeiro do Norte-CE, 14/02/2019.


Paulo de Tarso Gondim Machado

SEM 2.70 (FE 0.18) | SE 1.10 | FA 0.14 | FR 0.14 | ISS 0.06 | T = 41 |
Sel Paulo de Tarso G. Machado | Sel Cícero A. G. Machado | Sel João G. Machado | Sel Maria R. C. Machado


RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CM 558472
AJNG

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

437527**Ficha de Atendimento**

Data: 02/09/2018
Hora: 10:23

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 49057JACKSON DAVI SOUZA SANTOS
Responsável: JACKSON DAVI SOUZA SANTOS
Mãe: CICERA DE SOUZA ALVES
Endereço: RUA EDSON QUEIROZ, 73, TRIÂNGULO - JUAZEIRO DO
Nasc: 25/04/2000 Idade: 18
Telefone:) - Celular: (86) 98867-6044
CEP: 63.041-070 Natural: AURORA - CE

Documento

Mat/CNS: 898050098686722 Doc. Identidade: 898050098686 Guia:
Trabalho: Validade da Carteira: Autorização:
Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

ACIDENTE DE MOTO, COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, DOR EM PÉ ESQUERDO.
NEGA DESMAIO OU VÔMITOS.
NEGA ALERGIAS

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

Antecedentes Médicos

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame Físico

EGB, EUPNEICA, HIDRATADA, AFEBRIL, NORMOCORADA, CONSCIENTE E ORIENTADA

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 R520

FRATURA DO PÉ E

Tratamento

SOLICITO RX PÉ ESQUERDO
ANALGESIA

LORENA GOMES DE LIMA LUNA
CRM: 18818 / CE

DR. Hedilberto Macedo
MÉDICO
CRM 10496
Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS Admissão: 02/09/2018 13:31
Pront.: 165030 Data Nasc.: 25/04/2000 Idade: 18 ano(s) 4 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 99900-6462
Mãe: CICERA DE SOUSA ALVES
Sexo: Masculino RG: 20170935064 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: TRIANGULO
Endereço: RUA EDSON QUEIROZ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário 02/09/2018 13:35
Queixa: paciente, encaminhado com fratura do 3° metatarso do pé esquerdo. no momento relata dor
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
criminator: DOR MODERADA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 445515 Horário 02/09/2018 15:48
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE, ENCAMINHADO DA UPA LIMOEIRO, COM FRATURA DO 3° METATARSO DO PÉ ESQUERDO APOS
ACIDENTE DE MOTO. NO MOMENTO RELATA DOR
AO EXAME
FERIMENTO ESCORIATIVO EM COXA, JOELHO E PE ESQUERDO
SEM SANGRAMENTO ATIVO
NV PRESERVADO
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
COM FRATURA DA DIAFISE DO 3METATARSO ESQUERDO

CD
TALA GESSADA
CURATIVOS
MEDICADO E ORIENTADO
A SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAE L MACEDO CRUZ

CRM

13375

02/09/18 15:53

Prescrição	Horário:
ALTA HOSPITALAR	
TALA GESSADA BOTA MIE E CURATIVOS	
VACINA ANTI-TETANICA 250UI - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / INTRAMUSCULAR / DOSE ÚNICA	16:30
CEFAZOLINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	16:15
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	16:15

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Breno A. Macedo Cruz
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13375 - CONFE 20041 TEST 1435



**CENTRO DE ANALISES CLINICAS DO CARIRI
CLINICENTER**

Rua Padre Cicero, 616 - Juazeiro do Norte-CE
Fone Fax (0xx88)511 1519

Paciente: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS
Idade : 18 Anos
Médico: Dr(a).JEAN LUCENA

Ficha:05035287/03
Data:14/09/2018 10:03
Posto:GERAL
Convenio:SUS

Material: URINA
ROTINA DE URINA

CARACTERES FISICOS:

Volume.....	50 ml
Aspecto.....	LIMPIDO
Cor.....	AMARELO CITRINO
pH.....	6,00 mcg/L
Densidade.....	1.030 mcg/L

PESQUISAS BIOQUIMICAS:

Proteínas.....	AUSENTE
Glicose.....	AUSENTE
Corpos Cetonicos.....	AUSENTE
Hemoglobina.....	AUSENTE
Bilirrubina.....	AUSENTE
Urobilinogenio.....	NORMAL

SEDIMENTOSCOPIA:

Piocytes.....	RAROS
Hemácias.....	AUSENTE
Leucócitos:.....	AUSENTE
Uratos amorfos.....	AUSENTE
Cristais de acido urico.....	AUSENTE
Cristais de oxalato de calcio.	AUSENTE
RARAS CELULAS EPITELIAIS.	
RAROS FILAMENTOS DE MUCO.	

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data de Emissao:18/09/2018

Dr^a Luiza Cristiane L. Figueiredo
Farmacêutica / Bioquímica
CPF 1875 CPF: 369.386.453-53
Luiza Cristiane L. Figueiredo

OBS: Este Laboratorio faz parte do Programa Nacional de Controle
de qualidade - PNCQ da Sociedade Brasileira de Analises Clinicas
SBAC



JUAZEIRO DO NORTE
cidade de fé e trabalho
PREFEITURA MUNICIPAL
Secretário Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Jackson Davi Sousa Santos.
Santos.

x/ferimento no dor crônico.

Im. fin. 3-mat (E)

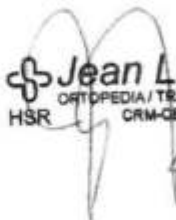
60

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

11/09/2018.


Jean Lucena
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
HSR CRM-CE 9605



JUAZEIRO DO NORTE
cidade de fé e trabalho
PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

JORSON DARI SOUSA SOARES.

Soares.

01 Hemograma

02 Eosinofilia

03 Glicemia Jejum

04 Urina

05 Creatinina

06 ECG.

Im: PVE-OB.

11/09/2018.

 **Jean Lucena**
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
HSR CRM-CE: 9605

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polígrafo Direto

Jackson Davi de Sousa Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2017093506-4 DATA DE EMISSÃO 24/05/2017

PROBAC

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO: CICERO MARIYALDO DOS SANTOS
CICERA DE SOUSA ALVES

NATURALIDADE: AURORA - CE DATA DE NASCIMENTO: 25/04/2000

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20202 FOLHA: 137
LIVRO: A-061 AURORA - CE
626.885.163-37

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 199

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186607 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190186607 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS		
CPF: 626 885 163 37	RG: 2017093506-4	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/DSCE
ENDEREÇO: RUA CHN EDSON QUEIROZ Nº		Nº 219
BAIRRO: TRIANGULO	CEP: 63041-070	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CE	Tel.(DDD) 1881 99615 2238	

OUTORGADO

NOME COMPLETO: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
CPF: 045.291.864-23	RG: 99029071681	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDEREÇO: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		Nº 09
BAIRRO: ROMEIRÃO	CEP: 63050-720	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ	Tel.(DDD) (88) 3512/4870	

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS	CPF: 626 885 163 37
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ ACIDENTE OCORRIDO DIA: 02-09-2018	

Investprev Seguradora S/A

08 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

JUAZEIRO DO NORTE-CE 21/01/2019

Local e Data

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS. CONFERIDO () DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 21/01/2019.	
Paulo de Tarso Gondim Machado	
[EM 2,10] [FE 0,11] [SE 1,10] [PA 0,14] [FR 0,14] [SS 0,06] [TT 4]	
Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cicero A. G. Machado Bel. João G. Machado	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080093/19

Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

CPF: 626.885.163-37

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS : 626.885.163-37

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: 08/03/2019
Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080093/19

Vítima: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

CPF: 626.885.163-37

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

JACKSON DAVI DE SOUSA SANTOS : 626.885.163-37

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: 08/03/2019
Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva