

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190007713**

**Vítima: JOSE BONFIM FILHO**

**Data do Acidente: 21/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE BONFIM FILHO**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007713**      **Vítima: JOSE BONFIM FILHO**

**Data do Acidente: 21/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE BONFIM FILHO**

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 cotovelos

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: JOSE BONFIM FILHO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000747**

**Conta: 0000037607-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190007713**

**Vítima: JOSE BONFIM FILHO**

**Data do Acidente: 21/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO**

**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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190007713**

**Vítima: JOSE BONFIM FILHO**

**Data do Acidente: 21/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), JOSE BONFIM FILHO**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





RECEBEMOS

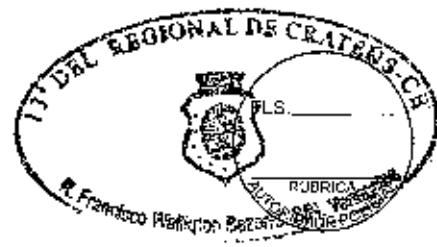
02 JAN 2010

Maria Geddaide F. Nobre  
Corretora de Seguros Brasil  
CNPJ:21.437.720/0001-52



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS



Impresso nº 2018241576

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 4223 / 2018

#### Dados da Ocorrência

#### RECEBEMOS

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/11/2018 09:23:47**

02 JAN 2019

Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2018 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA DR. JOSÉ FURTADO**

Maria Gacinska F. Nobre  
Corretora de Seguros Frei  
CPF:21.467.735/001-09

Complemento:

Bairro: **CIDADE NOVA**

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO A ESCOLA CAIC**

#### Noticiante(s)

Nome: **JOSE BOMFIM FILHO**

Nascimento: **05/07/1973** CPF: **506.786.983-68**

CNH: **1659688306**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA MARIA BOMFIM**

**LUIS DE SOUSA BOMFIM**

Endereço: **RUA PEDRO CELIXTO, 59**

Bairro: **CIDADE NOVA**

CEP:

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99426-1830**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HX59759** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

**9C2JC30103R049857** Renavam: **791235645** Tipo do Veículo:

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

Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERDE** Proprietário: **JOSE BOMFIM FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **COLISAO**

#### Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS de Placa: HSX9759, licenciada em seu nome, na Rua Dr. José Furtado a uma velocidade de 10km/h, sofreu uma colisão na parte traseira da motocicleta supracitada, pelo veículo de placa: HYK2823, FIAT/SIENA de cor prata, conduzido por um homem possivelmente alcoolizado, que evadiu-se do local; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros desta urbe, onde apresenta o registro do socorro do acidente supra evidenciando laceração na articulação do cotovelo direito; Que sofreu escoriações no braço direito; Que foram feito os primeiros atendimentos hospitalares na UPA, Unidade de pronto de atendimento situada nesta urbe; Que foi transferido posteriormente para o Hospital São Lucas situado nesta urbe, onde fez exames e foi medicado; Que após quatro dias foi realizada uma cirurgia no Hospital São Lucas no cotovelo direito, totalizando oito dias de internamento; Que afirma estar passando por tratamento; Que apresenta como testemunhas dos fatos relacionados ao acidente e lesões supracitadas, as pessoas de nome: FRANCISCA MARIANA LIMA DOS SANTOS, CPF: 081.382.093-64 e RG: 2007556114-4 e DANIELA DE JESUS LEITÃO, CPF: 013.361.923-05 e RG: 2002019065857, afirmando terem presenciado a vítima e condutor da motocicleta no acidente supracitado, passando por

✓ José

✓ Mariana

✓ Daniela



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso n° 2018241576

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 4223 / 2018

tratamento para consolidação da fratura evidenciada neste Boletim de Ocorrência.

**OBSERVAÇÃO:** As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

DECRETO  
Danilo da Silva Paiva  
ESPECIAL DE JUSTIÇA CIVIL

**BEM-VINDO AO SISTEMA DE REGISTRO**

DANIELLE SPIVA PAIVA - MAT.: 30118626

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

~~Joseph Brongniart filio~~

VISTO POR DELEGADO(A):

**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

Francisca Mariana Lima dos Santos.

**René Gómez Mesquita**  
DELEGADO DE LA POLICIA  
MAT. 1030-243-4-1

+ Daniela de Jesus Mita.

RECEBEMOS

9.2.2019

Maria Gacimonde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eikeli  
CRN/SP/21.481.733/0001-46

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUSCENCIAMENTOS)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Não sinistro em Ato:  CPF do Vítimo: 506.786.983-68 Nome completo da vítima: JOSE BOMFIM FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DO ATO E ETAPAS DE RECLAMAÇÃO DA POLÍCIA FEDERAL (INFORMAÇÕES CLAMAS) - CIRCUITO SUSPENSO 03/2012

Nome completo: JOSE BOMFIM FILHO CPF: 506.786.983-68

Profissão: PINTOR Endereço: RUA PEDRO CALISTO

Estado: CIDADDE NOVA Cidade: CRATEús

CEP: 63.700.000

Telefone: (188) 9.9426.1830

E-mail:

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

SENDA MÉS:  RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$5.001,01 ATÉ R\$10.000,00  R\$10.001,00 ATÉ R\$50.000,00  ACIMA DE R\$50.000,00

DADOS MÍNIMOS DA PESSOA FÍSICA (INSCRIÇÃO FISCAL - NÚMERO DA PIS/CFP) - ANEXAR COPIAS

CONTA POLIPANÍCA (Somente para os bancos Banco do Brasil, Caixa e Bradesco)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0343 CONTA: 00037607 1

Informar o digito de segurança Informar o digito de extrato Informar o digito de segurança

0.0.0.13

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha responsabilidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu fui direito, reconhecendo o débito, desde já, estatutariamente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ATO DO TÍPO IRREPENHIMENTO SOMENTE PARA CONSTITUIÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o ato do Irrepenhimento (IML) para os fins de requeimento de Indemnização do Seguro DPVAT por INVALIDEZ PERMANENTE, como verá que (Assinatura da Línea das Espadas):

Não fiz ato que atende a regras da lei de trânsito ou da minha residência, ou

O IML que atende a regras da lei de trânsito ou da minha residência não resulta perícias sobre prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;

O IML que atende a regras da lei de trânsito ou da minha residência não resulta perícias sobre prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, pelo motivo a seguir, e solicito o prosseguimento da análise com meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por INVALIDEZ PERMANENTE, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6º, §º, 2º, §º, da Lei nº 9.514/97, art. 3º, §º, da Lei nº 10.900/04, declarando que este acidente não se encaixa nos critérios de exclusão previstos no artigo 1º, §º, da Lei nº 9.514/97, art. 3º, §º, da Lei nº 10.900/04.

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não

Estado civil da pessoa que a vitimou:  Solteiro  Casado/União Civil  Divorciado  Separado judicialmente

Sexo da pessoa que a vitimou:  Sim  Não

Vítima teve filhos:  Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Masculino (macho):  Sim  Não

Vítima deixou:  Sim  Não

Parentes vivos:  Sim  Não



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA  
REGISTRO DE SOCORRO



ESTAÇÃO: CRATEÚS DATA: 24/03/18 N° DA ASS. 03  
NOME: José Bonjim Filho ✓  
IDADE: 45 anos SEXO: F ( ) M (x)  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Dr. José Fortejo, s/n  
BAIRRO: Cidade Nova

HORA DA OCORRÊNCIA: 07:00  
CHEGADA AO LOCAL: 07:08  
SAÍDA DO LOCAL: 07:13  
CHEGADA AO HOSPITAL: 07:15

## TIPO DE OCORRÊNCIA:

- |                              |                         |                               |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (x) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. ( ) AFOGAMENTO      | 09. ( ) MAL SÚBITO            |
| 02. ( ) AGRESSÃO             | 06. ( ) QUEIMADURA      | 10. ( ) EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. ( ) DESABAMENTO          | 07. ( ) CHOQUE ELÉTRICO | 11. ( ) JÁ REMOVIDO           |
| 04. ( ) INTOXICAÇÃO          | 08. ( ) Queda           | 12. ( ) FALSO AVISO           |

RECEBEMOS

RAZÃO DO ATENDIMENTO: COLISÃO (MOTO x CARRO)

DOENÇAS ANTERIORES:

02 JAN 2019

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO	Maria Cachoeira F. Nobre Corretora de Seguros Eirel CNPJ 21.457.736/001-06
CIANÓTICO ( )	QUENTE ( )	SECA ( )	SUPERFICIAL ( )
PÁLIDO ( )	FRIA ( )	ÚMIDA ( )	DIFÍCIL ( )
CONGESTO ( )	NORMAL (x)	NORMAL (x)	NORMAL (x)
NORMAL (x)			AUSENTE ( )
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO	
FORTE ( )	IRREGULAR ( )	NORMAL (x)	AUSENTE ( )
FRACO ( )	AUSENTE ( )	RETARDADO ( )	MÍNIMO ( )
REGULAR (x)		AUSENTE ( )	MODERADO (x)
			INTENSO ( )
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS	
ALERTA (x)	NORMAL (x)	D 2 mm	E 4 mm
RESponde A COMANDO ( )	CONFUSA ( )	D 3 mm	E 5 mm
RESponde A DOR ( )	ININTELIGÍVEL ( )	D 4 mm	E 6 mm
SEM RESPOSTA ( )	NENHUMA ( )	REAGENTE ( )	REAGENTE ( )
		SEM REAÇÃO ( )	SEM REAÇÃO ( )

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

TR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: Liberação na articulação do cotovelo  
direito

OBSERVAÇÕES:

Autentico, para os efeitos devidos, a presente  
cópia fotográfica do documento nº 01, n.º 01, foi  
representado em cartório para Intercessão.  
Data: 09/04/2018

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- |                          |                              |                        |
|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| ( ) ASPIRAÇÃO            | (x) CURATIVOS                | ( ) PRANCHA CONGENITAL |
| ( ) OXIGÊNIO             | (x) BANDAGENS                | ( ) PRANCHA CERVICAL   |
| ( ) ASSIST. VENTILATÓRIO | ( ) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS | (x) COLAR CERVICAL     |
| ( ) RCP                  | ( ) FÉRULA DE TRAÇÃO         | ( ) OUTRO              |
| ( ) ASSIST. OBSTÉTRICA   | ( ) LÍQUIDO EV.              |                        |

- |                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| ( ) PRANCHA CONGENITAL       | ( ) PRANCHA CERVICAL |
| ( ) BANDAGENS                | ( ) COLAR CERVICAL   |
| ( ) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS | ( ) OUTRO            |
| ( ) FÉRULA DE TRAÇÃO         |                      |
| ( ) LÍQUIDO EV.              |                      |

## CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- ( ) MELHORADO  
( ) PIORADO  
(x) INALTERADO

## ÓBITO

- ( ) ANTES DO SOCORRO  
( ) ANTES DO TRANSPORTE  
( ) NO TRANSPORTE

HÓSPITAL DE DESTINO: U.P.A.FCM Antônio da S. Melo

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

CB Wilk, SD Rodrigo

SOCORRISTAS

09 OUT 2018



## DADOS DO PACIENTE

JOSE BOMFIM FILHO

Nascimento: 0/1/1973 | Local: CRATEUS

Cidade: Recife | Rua: Rua da Cidade

UF: PE | CEP: 506.786.953-88

Fone: (81) 0942-6183

Pessoal: MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA  
Igreja Responsável: Igreja Principal

Francisca Maria BOMFIM

País Nacionalidade: Brasil

Estado Civil: Casado(a)

RG: 70.6902.281.6444-28

CNPJ: 83700-000

CPF do Responsável: 6645

Nome do Responsável: LUIZ DE SOUZA BOMFIM

Procedimento/Atendimento: 069753/0007

Idade: 45 Ano(s)

Religião: NÃO DETERMINADA

Cidade: CRATEUS-CE

CEP: 63700-000

Fone Empresa: 83700-000

Fone Responsável: 6645

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Data: 10/9/2018 14:07 | Quarto/Leito: 065-0002 | Aposento: ENFERMARIA | Clínica: CIRURGICA | Setor: OBSERVAÇÃO

Número: 1090029666 | Mês: Maio | Autorização: 0 | Datas: 0 | Guia: 6645

Nome: MARIA SANCHES JORQUEIRA | CRM: 6645

Igreja Principal: PID Complementar:

Observação:

Número: 2880029666

Mês: Maio | Procedimento SUS:

Nome: THALIA RODRIGUES CAVALCANTE | Usuário Saída:

Data: 10/9/2018 | Hora: 14:07 | Condição de Saída:

Nome: Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.730/0001-08

CRATEUS 21 de setembro de 2018.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: THALIA RODRIGUES CAVALCANTE

maria g. se

Assinatura do responsável

# 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: 15/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BONFIM FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000037607-1

---

Nr. da Autenticação F33627C6C279B74F





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

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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> 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 MANOEL ARAÚJO DE PINHO inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE BONFIM FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 506.986.983-68, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ, da Vítima JOSE BONFIM FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 506.236.983-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

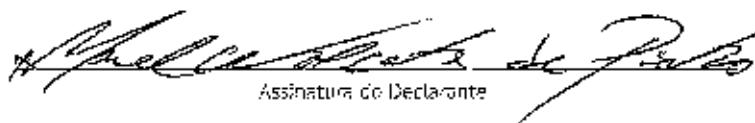
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua FRANCISCO MACHADO AZEVEDO MENO</u>		Número	174	Complemento	—	
Bairro	<u>FATIMA 2</u>	Cidade	<u>CRATÉS</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP	<u>63.900.000</u>
Email				Telefone comum(DDD)	<u>188/9.9428.1969</u>	Telefone celular (DDD)	<u>188/9.9428.9969</u>

Cratés-CE, 21 de 12 de 2018 RECEBEMOS  
Local e Data

02 JAN 2019

  
Assinatura do Declarante

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Ercel  
CNPJ 21.487.732/0001-46

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L

2 - CDES

24181101713

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L

4 - CDES

24181101713

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Bonfim Filho

6 - N° DO FRONTUÁRIO

69763

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/07/1973

9 - SEXO

Masc. Fem. 

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Maria Bonfim

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. Pedro Calisto

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cratoéus - Ce

14 - CÓD. IBCE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP  
63700000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Funia em dureza na  
Cervicôlo em oleo e  
bullosa perit

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RECEBEMOS

02 JAN 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Maria Gadelha F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.467.735/0001-06

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

550

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080201369

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0183191312128315

Janilson Melo Marques

CRM 63784

Traumatologia

31/09/2018

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

J. Silvian Melo Marques

Assessoria de Auditoria CRM 63784

Secretaria Municipal da Saúde de Cratoéus

Assessoria de Auditoria CRM 63784

Requalificação e Auditoria

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (CSECH)



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

contíguo Atendimento Nome do Paciente  
069763 0305 JOSE BOMFIM FILHO

CNS: 705802281644428 Guia de Autorização

Documentos CPF: 506 788.983-68

Estado Civil: Casado(a) Sócio

Data de Nascimento

06/07/1973

Masculino

Local: CRATEUS/CE

Idade: 45 Ano(s)

Nome: LUIZ DE SOUZA BOMFIM

Mãe: FRANCISCA MARIA BOMFIM

Endereço: RUA PEDRO CALIXTO, 59

Bairro: CIDADE NOVA CEP: 63700-000 Município: CRATEUS

UF: CE Telefone: 88 99426183

Profissão: Empresa

Conjugue: MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA

Município: CRATEUS

UF: CE

Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA

CPF do Responsável

Endereço: RUA PEDRO CALIXTO, 59

Município: CRATEUS

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 21/09/2018 Hora: 09:03 Convenio: SUS

Matrícula:

CIO:

Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF: 6945/CE

Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente:

Funcionário: WILMA SABOIA LOIOLA

Observação:

Alta: Data/Hora Liberação: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. ( ) Acha ( ) Internação ( ) Óbito

Início Vitais:

Peso (kg): 57,000 Altura (cm): 36,4 TPC: 101 TP (bpm): 108 R (ppm): PA (mmHg): 100 X / 0 Oximetria (%): 96 Glicemia (mg/dL):

Classificação de Risco:

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 21/09/2018 09:36

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FERIMENTO EM MSD.

Intuito do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

3) Paciente procedente de V PD (sem náuseas)

Fracme Msd  
não e punção fezemos

02 JAN 2019

→ fr cotovelo ①

Maria Gacheida F. Nobre  
Corretora de Seguros Fis  
CNPJ 21.487.739/0001-73

④ Náusea de olecrano (esport)

cd. Setura + tab. bexaf

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/6945  
Assinatura: \_\_\_\_\_

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM/6945

maria José  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE

Ant. Jocinele de Souza  
Tec. Enfermagem  
Assistente de Enfermagem

→ Profomed waf IV → 12:104

PRONTO - SOCORRO  
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Data do Atendimento: 21/09/08

Nome: Jose Bonjim Filho Idade: 45

Nome da Mãe: Francisca Maria Bonjim CPF: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: 069763 Município: Crateús

HDA: Fx Vena digital aguda

EXAME FÍSICO:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA: ao Traumato

RECEDEMOS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: ao Traumato DATA: 02 JAN 2009

HOSPITAL REFERENCIADO: HSL MARCA: Maria Gecimete F. Nogueira  
Corretora de Seguros Ecol  
CNPJ 02119775000112

Crateús, 21/09/08 Médico: \_\_\_\_\_

Dr. João Victor Marçal  
Médico  
CREMEC 19.066

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOSE BONFIM FILHO	Prontuário: 089763
Data de Nascimento: 05/07/1973	Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA BONFIM
Idade: 45 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Data da Internação: 21/09/2018
Diagnóstico Principal:	Leito: 006 - 0302
Data: 29/09/2018	CRM: 6945
	Hora: 07:03

**Motivo da Internação:**

FRATURA COMINUTIVA DO OLECRANO

**Conduta / Tratamento Realizado:**

OSTEOSSINTESE COM FIOS E CERCLAGEM

**Exames Realizados:**

RX DE CONTROLE

**Piano Pós-Alta:**

**Tipo de Saída:**

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera  
CRM 6945  
RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

*Maria Jose Pereira de Almeida*  
Assinatura Paciente/Responsável

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.467.733/0001-06

DATA	ANOTACÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível Nº COREN
29/09	as 08h pct receba alta hospital com causa de alta entregar recete e atestado	Técnica de Enfermagem Silveira 1446
18	Maria José Ferreira de Almeida Bonfim	

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Erali  
CNPJ:21.437.132/0001-21

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO<sub>2</sub> = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

**PACIENTE**

LEITO

## INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	
	REALIZADA	<u>ostiorrinite policrônio (ceto velo)</u>
CIRURGIÃO	<u>Dr. Jamil</u>	CRM
AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM

ANESTESIOLOGISTA *Dr. Johansen*

TIPO DE ANESTESIA Bloqueo + Sedacão

## PATOLOGISTA

**INSTRUMENTADOR(A)**

CIRCULANTE *Lidiane*

## ACHADOS OPERATÓRIOS

1. Went to a  
2. To buy a white  
3. To apply for a degree  
4. To take coffee  
5. To buy a book  
6. To be cleaned  
7. To be free. I have  
8. To buy a 2.00 note. Buy a book  
9. To buy a book  
10. To buy a book  
11. To buy a book

~~RECEBEMOS~~

0.9 JAN 2019

Maria Genilene F. Nobre  
Centro de Seguros EPI  
mep 1214872040011

## Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

## PRONTUÁRIO

Paciente: JOSE BONFIM FILHO  
Data da Int: 21/09/2018 DI de Nasc: 05/07/1973  
Convênio: SUS Prontuário: 883763  
Município: CRATEUS,CE  
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA BONFIM

PACIENT

## Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	ONS	Guia de Autorização
009763	6316	JOSE BOMFIM FILHO	709802281844-28	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF: 506.786.983-68			Casado(a)	Masculino
Data de Nascimento	Lotação			
05/07/1973	CRATEUS/CE			
Pai		Mãe		
LUIZ DE SOUSA BOMFIM		FRANCISCA MARIA BOMFIM		
Endereço		CEP		
RUA PEDRO CALIXTO, 59		CIDADE NOVA	63700-000	UF
Profissão	Empresa	Município	CRATEUS	CE
PEDREIRO		Conselho	MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço		UF
MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA		RUA PEDRO CALIXTO, 59		CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Donoável	Motivado	CID
21/09/2018	07:17	SUS		
Profissional de Atendimento				
MÉDICO - UPA				
Indicador de Acidente				
Observação				
CRM/CRF				
TIPO				
Fundador				
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA MATOS				
Consulta com Procedimento				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída	
				( ) Alta	( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (respir)	PA (mmHg)
Oximetria (SpO2)	Glucose (mg/dL)				

## Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

By antebraço e cotovelo >

Fx vlna proximal  
op: ① Ao HSL

Dieta zero

Dr. João Vítor Marçal  
CRM: 19.966  
CREMEC 19.966

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gazzola F. Nobre  
Corretora de Seguros Eletro  
CNPJ: 21.457.790/0001-08

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE

MÉDICO - UPA - CRM: 1

maria José

A Encaminhamento  
RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: José Bonfim Triffo

2. LOCAL: CRASSEIS

3. DATA DO ACIDENTE: 21.09.18

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu Fratura GRAVE  
do Ombro Direito.

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Clinic Cirúrgica

Rx, anestesia, Anestesia, Redutor  
de Fratura, osteosíntese com  
1 grade fixação com fios e cerclagem.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: rigidez articular

atrofia muscular, perda da  
força Redutor da amplitude  
dos movimentos, perda total  
da função.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: Membro Superior  
Direito GRAVE. 75%

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 13/02/19

  
Francisco E. Martins  
MÉDICO  
CRM - RJ 6263

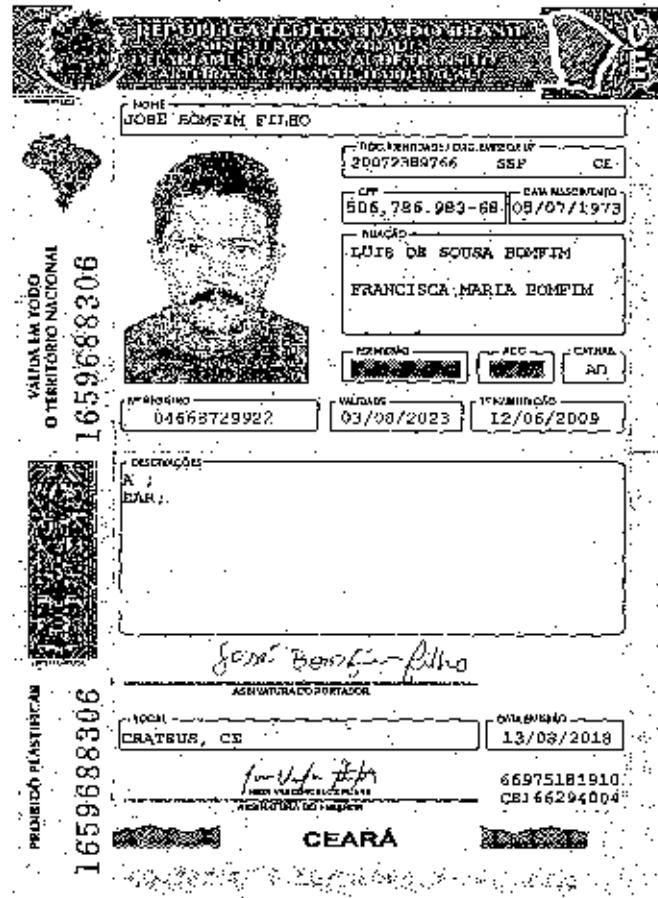
RECEBEMOS

ASSINATURA E CARIMBO



14 FEV 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.467.739/0001-06



RECEBEMOS

02 JAN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ 21.487.787/0001-02



RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gecinete F. Nobre  
Corretora de Seguros Exeli  
CNPJ 21.487.732/0001-06



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

**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: **3190007713**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BONFIM FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PEDRO CALISTO, 59 Crateús/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20072389766**

Data e local do acidente: **21/09/2018 - Crateús/CE**

Data e local do exame: **27/02/2019 - Tianguá/CE**

Coordenadas Geográficas: **Latitude: -3.78691 , longitude: -41.07972**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura cominutiva do olécrano direito.**

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

**Conforme apurado na anamnese e exame físico, o periciado encontra-se na fase subaguda da lesão e ainda não recebeu alta médica. Exame clínico aponta para a necessidade de nova avaliação, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado. Retorno em 120 dias.**

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

**Exame físico prejudicado.**

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

**Sim**

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

**Não**

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

**Em tratamento.**

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

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

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

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

**(X)** "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em **120** 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

*See Etmo agmua Nota*  
01/01/2014 11:45:00  
01/01/2014 11:45:00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cominutiva do olécrano direito.

**Descrição do exame físico:** Conforme apurado na anamnese e exame físico, o periciado encontra-se na fase subaguda da lesão e ainda não recebeu alta médica. Exame clínico aponta para a necessidade de nova avaliação, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado. Retorno em 120 dias.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresenta-se na fase subaguda da lesão em razão de fratura cominutiva do olécrano direito, conforme documentos de pronto atendimento de , devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 27/02/2019

**Conduta mantida:** Não

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cominutiva do olécrano direito.

**Descrição do exame físico:** Conforme apurado na anamnese e exame físico, o periciado encontra-se na fase subaguda da lesão e ainda não recebeu alta médica. Exame clínico aponta para a necessidade de nova avaliação, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado. Retorno em 120 dias.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresenta-se na fase subaguda da lesão em razão de fratura cominutiva do olécrano direito, conforme documentos de pronto atendimento de , devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterápico. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 27/02/2019

**Conduta mantida:** Não

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS K).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 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.

OBS: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% - COTOVELO DIREITO.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
<b>Total</b>			<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

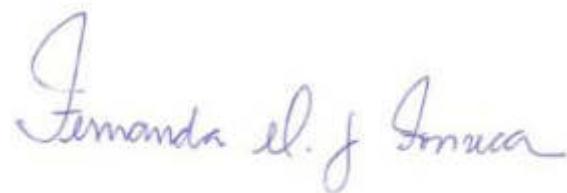
**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS K).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% - COTOVELO DIREITO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
<b>Total</b>			<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007713      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO      **Data do acidente:** 21/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOSE BOMFIM FILHO, brasileiro (a), estado civil: CASADO  
Profissão: PINTOR, portador (a) do RG 20072389766, órgão expedidor: SSP-CE  
e do CPF: 506.986.983-68, residente no (a): AV. PEDRO CALISTO  
nº 59, bairro: CIDADE NOVA, município: Crato/CE.

### OUTORGADO:

Nome: MARCEL ARAUJO DE PINHO, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: ESTUDANTE, portador (a) do RG 99.002340223, órgão expedidor: SSP-CE  
e do CPF: 640.953.433-68, residente no (a): AV. FRANCISCO MARCEL ACEVEDO MUNHOZ  
nº 724, bairro: FATIMA 2, município: Crato/CE.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

JOSE BOMFIM FILHO

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

**RECEBEMOS**

**CARTÓRIO  
MARTINS**

Jose Bompim filho  
Assinatura do outorgante

02 JAN 2019

Impressão  
Digitalizada  
Visualizada  
Por  
Assinatura

Local e data: Crato/CE 26/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA O RÔGO

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000878/19

**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO

**CPF:** 506.786.983-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/09/2018

**Titular do CPF:** JOSE BONFIM FILHO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### **MANOEL CAVALCANTE DE PINHO : 640.953.473-68**

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

### **JOSE BONFIM FILHO : 506.786.983-68**

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](http://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: 02/01/2019  
Nome: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO  
CPF: 640.953.473-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MANOEL CAVALCANTE DE PINHO

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000878/19

**Número do Sinistro:** 3190007713

**Vítima:** JOSE BONFIM FILHO

**Data do acidente:** 21/09/2018

**CPF:** 506.786.983-68

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE BONFIM FILHO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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: 14/02/2019  
Nome: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO  
CPF: 640.953.473-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

---

MANOEL CAVALCANTE DE PINHO

---

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE



()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise da Seguradora Líder. O prazo para a emissão de parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190007713 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE BONFIM FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

**BENEFICIÁRIO** JOSE BONFIM FILHO

**CPF/CNPJ:** 50678698368

**Posição em 12-08-2019 09:59:47**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/03/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/W2zsry2TnMaI4n6j2T0napi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcwBcd7ZoZMJeNfvcGAC3qGU="></a>
23/02/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b0mjYrQ9a1GWu75__Sfoiapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcwBcd7ZoZMJeNfvcGAC3qGU="></a>
22/01/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/aZnOS32RyTHb5jB0p+2api_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcwBcd7ZoZMJeNfvcGAC3qGU="></a>
08/01/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/i51153AAjcCGbpkn+uW4a1api_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcwBcd7ZoZMJeNfvcGAC3qGU="></a>

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

## ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)  [\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)



 ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



- Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))
- Documentos Invalidez Permanente ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))
- Documentos Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))
- Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO



Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))  
Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
  - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
  - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
  - › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
  - › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
  - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
  - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
  - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
  - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
  - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))