

---

**Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190369659**

**Vítima: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

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, 10 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369659**

**Vítima: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369659**

**Vítima: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190369659**

**Vítima: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369659

Vítima: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do 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: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004372

Conta: 000008290-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	089.870.697-10	João Paulo Sousa Oliveira	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
João Paulo Sousa Oliveira		089.870.697-10	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor.	Poucaço Pizombeira	S/Nº	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	TAMBORIL	CEARA	63.780-000
E-mail:	Tel (DDD):		
	181 99968-0226		

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)

AGÊNCIA: 4372 ☐ CONTA: 8290 ☐ 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TAMBORIL-CE, 05.06.2019.  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
 2ª | Nome: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
 CPF: \_\_\_\_\_

07 JUN. 2019

Assinatura

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.



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

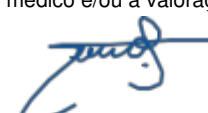
Número do Sinistro: 3190369659  
Nome do(a) Examinado(a): Joao Paulo Sousa Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Pitombeira, S/N Zona Rural  
Varzea do Vaqueiro Tamboril CE CEP: 63750-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 333037398  
Data local do acidente: [ 11/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 18/11/2019 ] Sobral [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA COMPLEXA DA CABEÇA DO RÁDIO DO COTOVELO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM RESSECÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM**  
**Data da Alta: 05/11/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**BLOQUEIO MODERADO DE PRONO-SUPINAÇÃO (90 GRAUS) E DA FLEXO-EXTENSÃO (APROX 100 GRAUS) DO COTOVELO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | ( ) "Sem seqüela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>COTOVELO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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



  
**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Impresso nº 2019317999



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 315 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 14:29:42**  
Data / Hora da Ocorrência: **11/02/2019 07:49:00**  
Endereço da Ocorrência: **CIPÓ**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A LOCALIDADE DE PITOMBEIRA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOÃO PAULO SOUSA OLIVEIRA**  
Nascimento: **29/10/1980** CPF: **089.870.697-10** UF:  
RG: **333037398** Orgão Emissor: **NI**  
Filiação: **IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA**  
**JOSÉ SEGUNDINO DE OLIVEIRA**  
Endereço: **VILA PITOMBEIRA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99246-8006**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSL5032** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:  
**9C2KD0550DR356557** Renavam: **535049501** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **ONEIDE DE SOUSA FARIAS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

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).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150BROS ES, ANO 2013/2013, COR PRETA, PLACA OSL-5032, que está em nome de ONEIDE DE SOUSA FARIAS, e trafegava a noite pela estrada carroçal, quando derrapou e caiu no chão por cima do braço, fraturando o braço esquerdo. Narra o declarante que foi socorrido pela pessoa de nome Reginaldo, que ia passando pelo local pouco tempo depois; QUE foi levado ao Hospital São Lucas, em Crateús; Afirma que possui carteira nacional de habilitação; E nada mais disse.

TESTEMUNHA JOSE REGINALDO DA MOTA SAMPAIO (CPF: 562.024.153-04)- Morador da Rua Antonia Camelo, nº115, Centro, distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que passou no local do acidente pouco tempo depois, por coincidência; QUE afirma que viu populares ao redor da vítima que estava caída no chão; QUE afirma que a vítima estava se queixando de dores no braço; Narra que levou a vítima ao Hospital São Lucas de Crateús.

TESTEMUNHA PAULO COELHO DE ARAUJO (CPF: 009.820.863-44)- Morador do Povoado Cipó, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que mora próximo ao local do acidente; Afirma que viu uma aglomeração de pessoas na estrada e quando se aproximou viu João Paulo caído no chão; Narra que João Paulo estava com o braço esquerdo quebrado e que foi

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 15:00:07

0 / JUN. 2019

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 15:00:07





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Impresso nº 2019317999



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 315 / 2019

levado ao Hospital de Crateús pela pessoa de nome Reginaldo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*Camila Alves*

CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*João Paulo Sousa*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*M. Lídia Bezerra Brilhante*

MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

x *José Reginaldo da Mota Sampaio*

x *Paulo Coelho de Araújo*

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.

07 JUN. 2019

NON

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	089.870.697-10	João Paulo Sousa Oliveira
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
João Paulo Sousa Oliveira	089.870.697-10	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Poucaço Pizombeira	S/Nº
Bairro:	Cidade:	CEP:
Zona Rural	TAMBORIL	63.780-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	Ceará	189 99968-0286

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

## REDA 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)

AGÊNCIA: 4372 CONTA: 8290 9  
(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TAMBORIL-CE, 05.06.2019.

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ João Paulo Sousa Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

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

07 JUN. 2019

Assinatura

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.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 144150	Atendimento 0003	Nome do Paciente JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA	CNS 701000842953399	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 089.870.697-10			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 29/10/1980	Local TAMBORIL/CE			Idade 38 Ano(s)
Pai JOSE SECUNDINO DE OLIVEIRA		Mãe IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA		
Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100	Beiró VENANCIO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão MOTORISTA	Empresa	Cônjuge VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA		Telefone 88 81059580
Responsável VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/02/2019	Hora 07:49	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA MENEZES	

Observação

Sala	Data/Hora Liberação 11/02/2019 08:58	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36	85	18	160 X 99	96	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 11/02/2019 07:48

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO DOR NO BRAÇO E.

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

11/02/2019 08:58:40h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO COTOVELO COM DOR, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E EDEMA

RX DO COTOVELO EM AP E P  
INTERNAMENTO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

07 JUN. 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

*Vivianne Farias Oliveira*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

# 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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04372

CONTA: 000000008290-9

---

Nr. da Autenticação A001656ACB2C3C4E





Nº do Cliente: 3253887  
 Data de Emissão: 30/11/2018  
 Nº de Nota Fiscal: 551812593  
 Total a Pagar (R\$): 18,30  
 Nº de Controle: 0003253887 00143 39532 49  
 Referência: Dez/2018

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.  
 07 JUN. 2019

**CONTAS EM ATRASO**  
 Informações importantes e avisos de vencimento:  
 O valor do débito vencido em 30/11/2018, no valor de R\$ 90,00, seu fornecedor, não foi pago até 30 dias contados a partir da data de vencimento, conforme o contrato nº 001/2018, em anexo, sob pena de rescisão do contrato com o fornecedor, conforme o artigo 120 do Regulamento de Fornecedores de Energia Elétrica do Estado de São Paulo (RFEESP) e o artigo 120 do Regulamento de Fornecedores de Energia Elétrica do Estado de São Paulo (RFEESP).

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO**

Consumo Consistente	19,91
Consumo Inconsistente	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>19,91</b>

**CONSUMO CONSISTENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Consumo Consistente	19,91
Emissão de CO <sub>2</sub>	0,21

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
02	51	18,30
01	179	61,00
12	42	14,00
11	81	27,00
10	41	13,30

**VALOR DO CONSUMO**

Consumo Consistente	19,91
Consumo Inconsistente	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>19,91</b>

**3253887**

Para apagar ou cancelar, envie o e-mail para: [3253887@energiaelétrica.com.br](mailto:3253887@energiaelétrica.com.br)

**COMPANHIA ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº**

Nota: 21 39105 01 047400 - 0

Nome: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

End. Postal: PV PITOMBEIRA 00000

VARZEA DO VAQUEIRO - TAMBOUIL - 63750000

Medidor: 1347084

Classe: B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ: 089870697-10

Nome do Responsável:

**DATA DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
02	51	18,30
01	179	61,00
12	42	14,00
11	81	27,00
10	41	13,30

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
02	51	18,30
01	179	61,00
12	42	14,00
11	81	27,00
10	41	13,30

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
02	51	18,30
01	179	61,00
12	42	14,00
11	81	27,00
10	41	13,30

**VALOR CONSUMO DO MÊS**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
02	51	18,30
01	179	61,00
12	42	14,00
11	81	27,00
10	41	13,30





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 576499513

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de  
**JUN/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**3253887** DV **1**

VENCIMENTO  
**05/07/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**68,05**

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 21 039105 01 047400  
Nome JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
Endereço Postal

Medidor 13477084  
Poste 0000 D02W

End. da Unidade Consumidora: PV PITOMBEIRA 00000 VARZEA DO VAQUE TAMBORIL 63750000

RG / CPF / CNPJ 089.870.697-10 CGF  
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
9962	9904	1	58	0	58

Quantidade \* Tarifa = Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
28/06/2019	28/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1A1D.D9D7.77D9.454E.51F7.E766.62ED.FE07

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

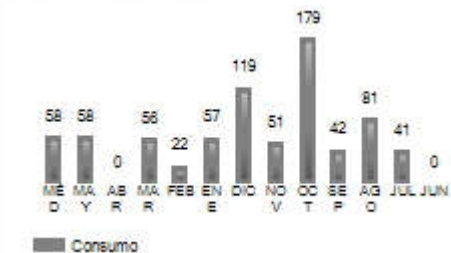
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,38

Conjunto INDEPENDENCIA

Mês: ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,44	14,89	29,79	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

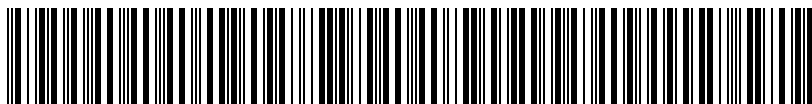
#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:	3253887-1	N° da Nota Fiscal:	576499513	Total a Pagar (R\$):	68,05
Data de Emissão:	17/06/2019	Referência:	JUN/2019	N° de Controle:	0003253887 00149 4360 2 21

83880000000-3 68050031000-5 00032538870-9 01494360293-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, ONEIDE DE SOUSA FARIAS, RG nº 864053-85, data de expedição 28/01/1985, Órgão SSP-CE, portadora do CPF nº 260.113.523-91, com domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA ANTONIA L CAMELO nº 115, bairro CENTRO complemento SEDE, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA, cujo o condutor era JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR 150cc BROS ES Ano: 2013/2013

Placa: OSL 5032-CRATEÚS/CE Chassi: 9C2KD0550DR356557

Data do Acidente: 11/02/2019

Local e Data: CRATEUS-CE, 11 DE ABRIL DE 2019

*x Oneide de Sousa Farias*

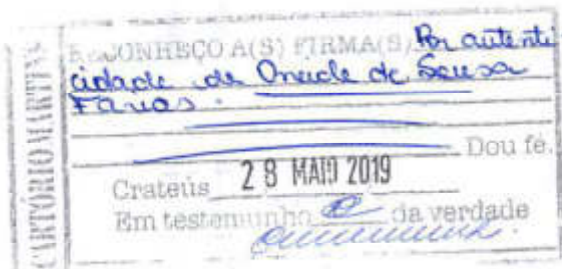
Assinatura do Declarante

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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

07 JUN. 2019

Rua:



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

144150

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.1000.842.9533-99

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/10/1980

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Preta

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 8105-9580

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

RUA ALEXANDRE BONFIM, 100, VENANCIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO COTOVELO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

EF E RX DE COTOVELO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S520

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020156

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHEZ ORTHOPEDIA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/02/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

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

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

LIBIA CORREIA DE SEC. LTDA

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Gilvan Melo Marques  
Médico Auditor CRM/CE: 1078  
Secretaria Municipal de Saúde de Crateús  
Departamento de Controle, Avaliação  
e Auditoria

07 JUN. 2019

Prescrição: 0001	Paciente: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA	Prontuário: 144150/0004
Data de Nascimento: 29/10/1980	Nome da Mãe: IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA	Sexo: Masculino
Data: 11/02/2019	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 009/0001
Hora: 14:36	Profissional Resp.: LUTIELLE PEREIRA ALENCAR	COREN: 505864
Convênio: SUS	Setor: CLINICA CIRURGICA	Data de Internação: 11/02/2019
		CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

**Prescrição de Enfermagem**

**Frequência Aprazamento**

**Evolução**

Às 11hrs 30min paciente é admitido no setor de clinica cirurgica traumatologica, referindo ter sido vitima de queda de moto há 12hrs, apresenta trauma em MSE em uso de tala. Nega HAS DM, alergia medicamentosa e alimentar. Sem queixas algicas no momento. Encontra-se consciente orientado, verbalizando, deambula sem auxilio crânio sem alterações, mucosa ocular e oral normocoradas, região cervical e toracica sem alterações visíveis. Ausculta pulmonar MMVV presentes e bilaterais, eupnéico em ar ambiente, saturando dentro dos padrões da normalidade, normotenso, normocardico, afebril. AVP em aguardo. Escoriações em MSD e MMII. Aceita dieta oferecida. Refere eliminações urinarias e intestinais presentes e normais. Realizado escalas de Morse e Braden (ambas sem riscos). Aguarda resultado de exames laboratoriais e procedimento traumatologico. Segue aos cuidados de enfermagem.

Lutielle Pereira Alencar  
Enfermeira  
COREN-CE: 505864

RESPONSÁVEL: ENF: LUTIELLE PEREIRA ALENCAR - COREN-CE 505864

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

07 JUN. 2019

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA	Prontuário: 144150
Data de Nascimento: 29/10/1980	Nome da Mãe: IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA
Idade: 38 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Data da Internação: 11/02/2019
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Leito: 009 - 0001
Diagnóstico Principal:	CRM: 6945
Data: 16/02/2019	Hora: 09:39

Motivo da Internação:

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO

Conduta / Tratamento Realizado:

RESECÇÃO D CABEÇA DO RADIO

Exames Realizados:

RX COTOVELO

Plano 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

*Iracema Sousa Oliveira*  
Assinatura Paciente/Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

0 / JUN. 2019



Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA	Nome da Mãe: IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA	Prontuário: 144150
Data de Nascimento: 29/10/1980	Convênio: SUS	Data da Internação: 11/02/2019
Idade: 38 Ano(s)	Aposento: ENFERMARIA	Leito: 009 - 0001
Setor: CLINICA CIRURGICA		CRM: 6945
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA		
Diagnóstico Principal:		
Data: 16/02/2019	Hora: 09:39	

Motivo da Internação:

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO

Conduta / Tratamento Realizado:

RESECÇÃO D CABEÇA DO RADIO

Exames Realizados:

RX COTOVELO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

07 JUN. 2019



SAO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 27/02/2019 13:27

Página 1

v2019021

## Guia de atendimento - CONSULTORIOS

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 144150  
Atendimento 0008  
Nome do Paciente JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
Documento(s) CPF: 089.870.697-10  
Data de Nascimento 29/10/1980  
Local TAMBORIL/CE

CNS 701000842953399  
Estado Civil Casado(a)

Guia de Autorização  
Sexo Masculino  
Idade 38 Ano(s)

Pai JOSE SECUNDINO DE OLIVEIRA  
Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100  
Profissão MOTORISTA  
Responsável VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

Mãe IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA  
Bairro VENANCIO  
CEP 83700-000  
Município CRATEUS  
Cônjuge VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA  
CPF do Responsável Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100

UF CE Telefone 88 81059580

Município CRATEUS

UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/02/2019  
Hora 10:45  
Convênio SUS  
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA  
Indicador de Acidente

Matricula CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

## Observação

Sala Data/Hora Liberação 27/02/2019 13:27

Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais  
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 75 R (mpm) 18 PA (mmHg) 160 X 100 Oximetria (%): 98 Glicemia (mg/dL)

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/02/2019 10:10

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório: RETORNO, TRAUMA EM BRAÇO E

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

27/02/2019 13:27:03h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

revisao de fratura de cabeca de radio

rx de cotovelo esq

retorno

Assinatura  
CRM 6929  
ORTOPEDIA

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

LIBIA CORRÊTORA DE REG. LTDA.

07 JUN. 2019

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: JOÃO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
CPF e/ou RG: 089.870.697-10

### Informações do Acidente

Data do acidente: 11 / 02 / 2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDA.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSSIFICAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: ENCURTAMENTO DO ANTE-BRAÇO ESQ. COM LIMITAÇÃO MODERADA DA EXTENSÃO E PRONAÇÃO INTERNA COM PARÉSTESIA E PERDA DA FORÇA MUSCULAR GRAU II II.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

#### Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ☒ ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

01.11.19, CRATOZS-CO  
Local e data da realização da avaliação médica

João Paulo Sousa Oliveira  
assinatura da vítima

Dr. Clayton de Melo Filho  
CRM-19150

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / CDS EMISSOR UF  
 333037398 SSP/CE CE

CPF DATA NASCIMENTO  
 089.870.697-10 29/10/1980

NÚCLEO  
 JOSE SECUNDINO DE  
 OLIVEIRA  
 IRACEMA DE SOUSA  
 OLIVEIRA

PERMISSÃO AD AC CATEGORIA AD

Nº Registro 03991743602 VIGENCIA 12/03/2019 1ª HABILITAÇÃO 25/11/2006

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador

LOCAL DATA EMISSÃO  
 CRATEUS, CE 23/04/2014

Assinatura do Emissor 04374137145  
 00140850198

DETRAN-CE (CEARA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 950812767

PROIBIDO PLASTIFICAR 950812767

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

07 JUN. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 011993534460  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT 01 00535049501 90000000000 2015

CONEIDE DE SQUISA FARIAS  
TAMBORIL /CE

PLACA ANT/UF 2601352391  
CHASSI 902KDD0530DR356557  
PLACA 05L5032/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APL/CE

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC

COTA UNICA  
VENC. COTA UNICA  
VENC. COTAS  
1ª  
2ª  
3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

RESERVAÇÕES

TAMBORIL LOCAL DATA 07/07/2015

1907 Ponte  
Superintendente DENATRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011993534460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 01 2601352391  
CHASSI 902KDD0530DR356557  
PLACA 05L5032

EXERCICIO DATA EMISSÃO  
2015 07/07/2015

RENAVAM 00535049501  
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013  
ANO INS 09  
Nº CHASSI 902KDD0530DR356557

PREMIO TARIFARIO  
CUSTO DO SEGURO (R\$)  
143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15  
IOF (R\$) 1,11  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO  
COTA UNICA PARCELADO DATA DE OUTRADO 02/07/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.604/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KD05E5D356557 04826

LIGIA CORRETORA DE SEG. LTDA

07 JUN. 2019



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190369659 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMPLEXA DA CABEÇA DO RÁDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO MODERADO DE PRONO-SUPINAÇÃO (90 GRAUS) E DA FLEXO-EXTENSÃO (APROX 100 GRAUS) DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM EXÉRESE DA CABEÇA DO RÁDIO COM PREJUÍZO À FUNÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190369659 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMPLEXA DA CABEÇA DO RÁDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO MODERADO DE PRONO-SUPINAÇÃO (90 GRAUS) E DA FLEXO-EXTENSÃO (APROX 100 GRAUS) DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM EXÉRESE DA CABEÇA DO RÁDIO COM PREJUÍZO À FUNÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190369659 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 25/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCMED PÁG. 04 //  
APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;

- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

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

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

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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:** 3190369659 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @relatório pág. 01 // 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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194638/19

**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

**CPF:** 089.870.697-10

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 11/02/2019

**Titular do CPF:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA : 089.870.697-10**

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: 07/06/2019  
Nome: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
CPF: 089.870.697-10

JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194638/19

**Número do Sinistro:** 3190369659

**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

**CPF:** 089.870.697-10

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 11/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA : 089.870.697-10**

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: 19/06/2019  
Nome: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
CPF: 089.870.697-10

JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194638/19

**Número do Sinistro:** 3190369659

**Vítima:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

**CPF:** 089.870.697-10

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 11/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019  
Nome: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA  
CPF: 089.870.697-10

JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA