

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323434/19

Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

CPF: 329.455.638-19

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2019

Titular do CPF: SERGIO GLEDSON
AGOSTINHO PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA : 329.455.638-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

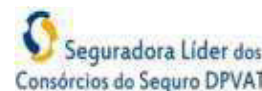
EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021786/20

Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

CPF: 329.455.638-19

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO GLEDSON
AGOSTINHO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA : 329.455.638-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 15/01/2020
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025518

Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025518

Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

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: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000433-2

Conta: 0000059385-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

329.455.638-19 SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

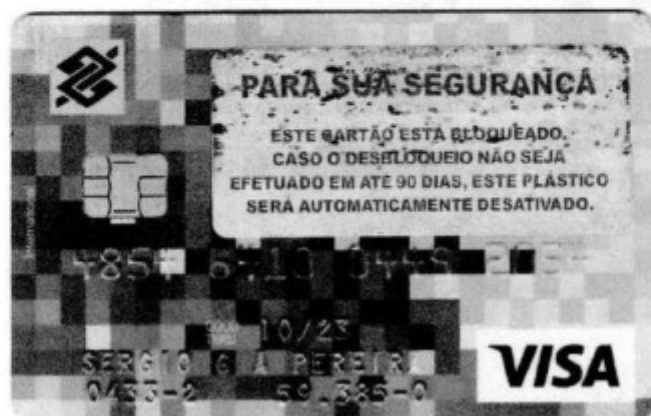
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. DO NORTE - 16.09.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 9437 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2019 09:37:49**
Data / Hora da Ocorrência: **08/07/2019 00:05:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ESTELITA SILVA**
Complemento:
Bairro: **LIMOEIRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA**
Nascimento: **28/03/1981** CPF: **329.455.638-19**
RG: **377731213** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **AMELIA AGOSTINHO PEREIRA**
JOSE PEREIRA CONRADO
Endereço: **RUA JOSE SABIA, 120 CASA**
Bairro: **TIRADENTES**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP: **63.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99210-9280**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POP6799** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KD0810JR108550 Renavam: **1168790554** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE ROBERTO DE SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que É HABILITADO e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima qualificada, quando se parou com cachorros no leito da via, motivo pelo qual perdeu o equilíbrio da moto e acabou caindo ao solo; QUE instantes depois, foi socorrido por amiga de nome Cassiana de França dos Santos, que o acompanhava no veículo dela, logo atrás, tendo sido levado para o Hospital Regional do Cariri, nesta cidade de Juazeiro do Norte; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura]

ATO DECLARATÓRIO
FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Admissão: 08/07/2019 00:18

Pront.: 176857 Data Nasc.: 28/03/1981 Idade: 38 ano(s) 3 mes(es) e 11 dia(s) Tel.:

Mãe: AMELIA AGOSTINHO PEREIRA

Sexo: Masculino

RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: TIRADENTES

Endereço: RUA JOSE SABIA

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Caso: LARANJA Classificador JOSIANE ALVES GARCIA CUSTODIO

Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DOR EM MSE.

Horário: 08/07/2019 01:24
CNPJ: 42.066.302/0001-28

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

ATO DECLARATÓRIO

Sato02: Glasgow Temp.: Glicemia Régua: 8 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA

CRM: 6

Nº: 492206

Horário 08/07/2019 01:24

Acidente: Não Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO E DO BRAÇO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO ESQUERDO

EXAME:

SEM FERIMENTO LOCAL

NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

EDEMA IMPORTANTE EM BRAÇO

RX EVIDENCIA FRATURA DE UMEROS DISTAL EXTRA-ARTICULAR

CD: INDICO CIRURGIA

PINÇA DE CONFEITEIRO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RAIO-X UMEROS AP/P (OSSOS LONGOS) (020404005-1)	08/07/2019 00:33	Sim	Realizado

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00433-2

CONTA: 000000059385-0

Nr. da Autenticação 39BC56BC7846F1E4

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, JOSE ROBERTO DE SOUSA

RG nº 2004029401324, data de expedição 25/10/17

Órgão SSP - CE, portador do CPF nº 008.827.643-06

com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VENTE DOIS DE JULHO, nº 770

complemento PIO XII, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA, cujo o condutor era

SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA.

Veículo: MOTOCELO Modelo: HONDA/NXR60 BROS Ano: 2018

Placa: R0P6799 Chassi: 9C2K00810JRL08550

Data do Acidente: 08/07/19

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Local e Data: J. DO NORTE - CE, 26-08-2019

Jose Roberto de Sousa

Assinatura do Declarante

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



CARTÃO DO 4º OFÍCIO
COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE - CE
Rua do Cruzeiro, 157 - Bairro Centro
Fones: 3512.1291 / 3511.3341
Reconheço por autenticidade a (s)
firma (s) de: JOSE ROBERTO DE SOUSA
O referido é verdade. Dou Fé.
Juazeiro do Norte, CE 26 AGO. 2019

Marcos Pereira de Brito
Escritório Utilizado

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Admissão: 08/07/2019 00:18

Pront.: 176857 Data Nasc.: 28/03/1981 Idade: 38 ano(s) 3 mes(es) e 11 dia(s) Tel.:

Mãe: AMELIA AGOSTINHO PEREIRA

Sexo: Masculino

RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: TIRADENTES

Endereço: RUA JOSE SABIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador JOSIANE ALVES GARCIA CUSTODIO

Horário 08/07/2019 00:20

Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DOR EM MSE.

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Sato02: Glasgow Temp.: Glicemia Régua: 8 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA

CRM: 6

Nº: 492206

Horário 08/07/2019 01:24

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Exo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO E DO BRACO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO ESQUERDO

EXAME:

SEM FERIMENTO LOCAL

NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

EDEMA IMPORTANTE EM BRAÇO

RX EVIDENCIA FRATURA DE UMEROS DISTAL EXTRA-ARTICULAR

CD: INDICO CIRURGIA

PINÇA DE CONFEITEIRO



Investprev Seguradora S/A

EXAME

18 SET 2019

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RAIO-X UMEROS AP/P (OSSOS LONGOS) (020404005-1)	08/07/2019 00:33	Sim	Realizado

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Idade: 38 ano(s) 3 mes(es) e 26 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 176857

Endereço: RUA JOSE SABIA

Bairro: TIRADENTES

Num: 0

CEP: 63010-000

UF: CEARÁ

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 06

Leito: 422

Internação 17/07/2019

21:57

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE UMEROS ESQUERDO - FRATURA SUPRA CONDILEANA - FO SECA - RX DE CONTROLE OK - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX UMEROS ESQ

Terapêutica Utilizada

CIRURGIA

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
Não	S42	FRATURA DO OMBRO E DO BRACO

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 23/07/2019

Observações Complementares

AO NAC - AGENDAR CONSULTA PARA AMBULATORIO DA TRAUMATOLOGIA EM 15 DIAS
REALIZAR RX UMEROS ESQ AP/PERFIL ANTES DA CONSULTA DE RETORNO

Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 23/07/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020385	Procedimento Eletivo	22/07/2019 09:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMEROS	SAUL CALDAS MIRANDA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Admissão: 08/07/2019 00:18

Pront.: 176857 Data Nasc.: 28/03/1981 Idade: 38 ano(s) 3 mes(es) e 11 dia(s) Tel.:

Mãe: AMELIA AGOSTINHO PEREIRA

Sexo: Masculino

RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: TIRADENTES

Endereço: RUA JOSE SABIA

PRESCRIÇÃO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA

CRM 13377

08/07/19 01:29

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	02:20
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H EM JEJUM	05:00
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA/VÔMITO	SIN
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	02:20
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	02:20
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

08/07/19

Flu 3er, 4er, 5er

3/ Oculares no momento

Gr. Agudiza Voz no

Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC: 11917 TEOT: 14491

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 22/07/19 09:23

Paciente: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

Prontuário: 176857

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: SAUL CALDAS MIRANDA

1º Auxiliar: ULISSES SILVA PEREIRA

Enfermeiro: LIDYANE DE SOUSA CALIXTO

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 28/03/1981

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01G

Anestesiologia: PRISCILA FECHINE RIBEIRO DE FIGUEIREDO

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Eventos e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

KEFAZOL PROFILÁTICO

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA- BLOQUEIO + GERAL

ASSEPSIA, ANTISEPSIA E CAMPOS ESTEREIS

INCISAO NA REGIAO PROXIMAL E DISTAL DA FACE ANTERIOR DO BRAÇO DIREITO

DIVULSAO POR PLANOS, ISOLADO E AFASTADO PROXIMALMENTE A VEIA CEFALICA

REDUÇÃO INDIRETA E FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA COM USO DE PLACA DCP DE GRANDES FRAGMENTOS ESTREITA 12 FUROS E FIXADO

COM 03 PARAFUSOS PROXIMAIS E 02 PARAFUSOS DISTAIS

CHECADO REDUÇÃO E OSTEOSINTESE POR ESCÓPIA - REDUÇÃO ACEITAVEL

LAVAGEM COM SF 0,9%, REVISAO DA HEMOSTASIA, SUTURA

CURATIVO

RX DE CONTROLE

AO CRPA



107 081764064
Dr. Ulysses Silva Pereira
CRM 1517 TEOT 14491

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: | |

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



PACIENTE: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA PRONTUÁRIO: 176857 DN/IDADE: 28/03/1981 | 38 ano(s)
MÃE: AMELIA AGOSTINHO PEREIRA CLÍNICA: ENFLEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 17 EXAME: TOMOGRAFIA DE COTOVELO
PROFISSIONAL: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ JUSTIFICATIVA: FX DATA REALIZAÇÃO: 10/07/2019 14:57 DATA LAUDO: 10/07/2019 15:20 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do cotovelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO: Trauma.

ANÁLISE:

- Fratura cominutiva completa em terço distal da diáfise umeral, com fragmento distal deslocado e angulado anteriormente, associado a múltiplos fragmentos avulsionados para partes moles adjacentes, o maior medindo cerca de 8,6 cm de extensão.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Superfícies articulares visibilizadas lisas. Espaços articulares conservados.
- Não há evidências de corpos livres intra-articulares.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva em terço distal da diáfise umeral, com deslocamento e angulação ventral do fragmento distal e múltiplos fragmentos avulsionados para partes moles adjacentes. (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).

LEONARDO SANTANA TAVARES
CRM 8615



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA		
Idade: 38 ano(s) 3 mes(es) e 26 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 176857
Endereço: RUA JOSE SABIA		Bairro: TIRADENTES
Num: 0	CEP: 63010-000	UF: CEARÁ
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE		

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 06	Leito: 422
Internação: 17/07/2019	21:57	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE UMEROS ESQUERDO - FRATURA SUPRA CONDILEANA - FO SECA - RX DE CONTROLE OK - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX UMEROS ESQ

Terapêutica Utilizada

CIRURGIA

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
Não	S42	FRATURA DO OMBRO E DO BRACO

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 23/07/2019

Observações Complementares

AO NAC - AGENDAR CONSULTA PARA AMBULATORIO DA TRAUMATOLOGIA EM 15 DIAS REALIZAR RX UMEROS ESQ AP/PERFIL ANTES DA CONSULTA DE RETORNO

Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 23/07/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição
0408020385	Procedimento Eletivo	22/07/2019 09:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMEROS

Profissional
SAUL CALDAS MIRANDA

Agendamento		
Raio x	Dr. Bruno Celidão	
Data: 19/08/19	Data: 20/08/19	Data:
Hora: 09 hs	Hora: 09 hs	Hora:
Código	Código 102683	Código

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

MARCAÇÃO DE RETORNO - NAC

NOME: **SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA**

SOLICITO AO NAC MARCAÇÃO DE CONSULTA DE RETORNO PARA O
PACIENTE SUPRACITADO, AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATO
ORTOPEDIA, EM 15 DIAS.

GRATO!

Juazeiro do Norte, 23 de JULHO de 2019


Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 19.140/2019 - RPPM-PE 23.179

MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

SOLICITAÇÃO MÉDICA

NOME: **SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA**

1) FISIOTERAPIA ANALGÉSICA E DE REABILITAÇÃO MOTORA - 20 SESSÕES

HD: FRATURA SUPRACONDILIANA DE UMEROS ESQUERDO

JUAZEIRO DO NORTE - CE

23/07/2019

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.743 / CRM-PE 23.779

MÉDICO

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162

CNPJ/MF: 05.268.526/0002-51

Fone: (88) 3566.3600 | Fax: (88) 3566.3610
email: conselho@isgh.org.br

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA

VIA ORAL

1 – CEFALEXINA 500mg ----- 28 CPS
TOMAR 01 CP VO, DE 6/6 H, POR 7 DIAS

2- DIPIRONA 1G-----01 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO ATÉ DE 6/6 H SE DOR

3- CETOPROFENO 50 MG-----21 CPS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8H POR 7 DIAS

JUAZEIRO DO NORTE/CE, 23 DE JULHO DE 2019

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Otorrinolaringologista
CRM 16.741/CE-019.227/9

MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o paciente **SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA** esteve internado no Hospital Regional do Cariri desde o dia **08/07/19** para realizar tratamento cirúrgico de **FRATURA SUPRACONDILIANA DE ÚMERO ESQUERDO**, recebendo alta hospitalar no dia de hoje. Necessita afastar-se de suas atividades laborais por um período de **30(TRINTA)**

CID 10: S42.4

Dr. Marcelo Aguiar Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16743 / CRM-PE 23779

MÉDICO

Juazeiro do Norte – CE, 23/07/2019

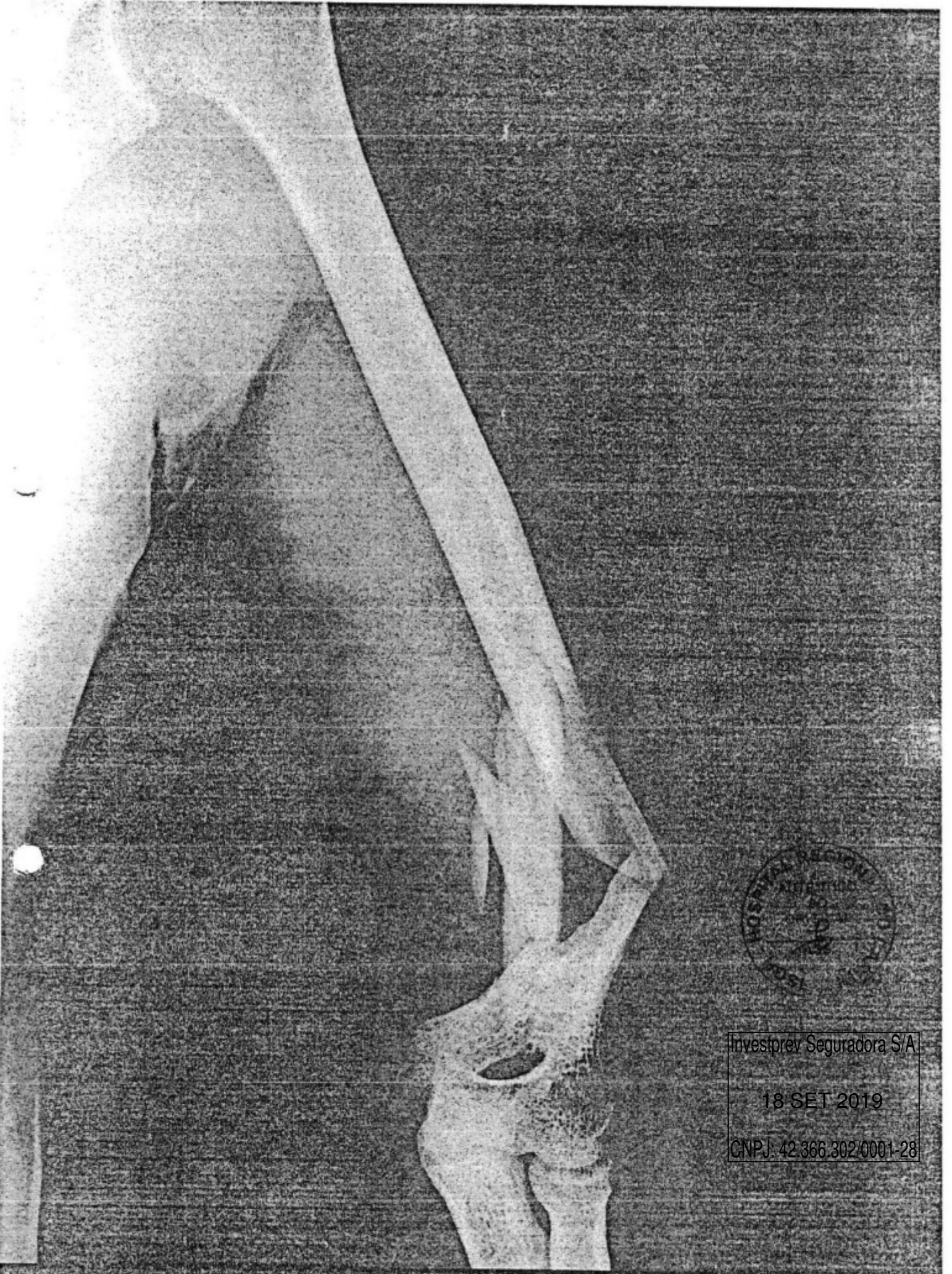
Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Investprev Seguradora S/A
18 SET 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Investprev Segura

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200025518 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

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: 3200025518 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA		
CPF: 329.455.638-39	RG: 377731233	ÓRGÃO EMISSOR: SSP-SP
ENDEREÇO: RUA JOSE SABIA		Nº: 120
BAIRRO: TIJADENTES	CEP: 63031-010	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CE	Tel.(DDD) (88) 992309280	

OUTORGADO

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

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

VÍTIMA: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA	CPF: 329.455.638-39
NATUREZA: INVALEZ/DAMS	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 08-07-2019

Sergio Gledson Agostinho Pereira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

J. DO NORTE - CE, 14/08/19
Local e Data

Investprev Seguradora S/A

18 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1 - "ESTE DOCUMENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, POR APLICAÇÃO DO SELLO DO TIPO 01, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TJCE, NA PORTARIA Nº 1.999/2018, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 08/07/2019". 2 - "AO CONSULTAR NO SITE DO TJCE O SELLO 01-AUTENTICAÇÃO, SERÁ N°".
TC - 508.438
AO ATO DESSA TABELA DE SIMBOLOS DO TJCE, APÓS APLICAÇÃO DO SELLO DO TIPO 01, O USUÁRIO DEVERÁ SELECIONAR NA TELA DE CONSULTA DO SITE DO TJCE, O SELLO DO TIPO 02, CONF. PORTARIA Nº 1.999/2018, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA DE 08/07/2019 DO TJCE" assegurando assim a validade do substabelecimento.

Cartório MACHADO 2º Ofício	DEL PAULO DE TARSO G. MACHADO Tutor R. São Francisco, 246 Centro Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-215 (88) 3512.4251 Fones (88) 3512.1313 / (88) 3512.1518 / (88) 3512.4251	DEL CÍCERO A. G. MACHADO DEL JOÃO G. MACHADO Substituto R. São Francisco, 246 Centro Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-215 (88) 3512.4251
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA. FEITO POR <i>Paulo de Tarso Gondim Machado</i> DOU FE Juazeiro do Norte-CE, 14/08/2019.		
Paulo de Tarso Gondim Machado		
[EM:2,76][FE:0,18][SE:1,10][FA:0,14][FR:0,14][SS:0,06][TT:4,41] Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cícero A. G. Machado Bel. João G. Machado Maria R. C. Machado Couto		

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA		
CPF: 329.455.638-39	RG: 377731233	ÓRGÃO EMISSOR: SSP-SP
ENDEREÇO: RUA JOSE SABIA		Nº: 120
BAIRRO: TIJADENTES	CEP: 63031-010	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CE	Tel.(DDD) (88) 992309280	

OUTORGADO

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

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

VÍTIMA: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA	CPF: 329.455.638-39
NATUREZA: INVALEZ/DAMS	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 08-07-2019

Sergio Gledson Agostinho Pereira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

J. DO NORTE - CE, 14/08/19
Local e Data

1 - "NESTE DOCUMENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, POR APLICAÇÃO DO SELO DO TIPO 01, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TJCE, NA PORTARIA Nº 1.999/2018, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 08/07/2019". 2 - "AO CONSULTAR NO SITE DO TJCE O SELO 01-AUTENTICAÇÃO, SERÁ Nº".
tc-508-438
AO ATO DESSA TABELA DE SIMBOLOS DO TJCE, APLICADO NESTE DOCUMENTO, O USUÁRIO DEVERÁ SELECIONAR NA TELA DE CONSULTA DO SITE DO TJCE, O SELO DO TIPO 01, CONF. PORTARIA Nº 1.999/2018, SUBSTITUINDO O DIÁRIO DA JUSTIÇA DE 08/07/2019 DO TJCE" assegurando assim a validade do substabelecimento.

Cartório MACHADO 2º Ofício DEL PAULO DE TARSO G. MACHADO Tutor R. São Francisco, 246 Centro Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-215 (88) 3512.4251 DEL CÍCERO A. G. MACHADO DEL JOÃO G. MACHADO Substituto R. São Francisco, 246 Centro Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-215 (88) 3512.4251	Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: SERGIO GLEDSON AGOSTINHO PEREIRA. FEITO POR <i>Paulo de Tarso Gondim Machado</i> DOU FE Juazeiro do Norte-CE, 14/08/2019. <i>Regina</i> Paulo de Tarso Gondim Machado [EM:2,76][FE:0,18][SE:1,10][FA:0,14][FR:0,14][SS:0,06][TT:4,41] Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cícero A. G. Machado Bel. João G. Machado Maria R. C. Machado Couto
---	---