

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01353667-2** em **28/07/2020 11:54:54**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0236838-15.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01353667-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 28/07/2020 11:54:54

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2736991_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2736991_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070216

Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA SANTANA

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070216

Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA SANTANA

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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070216

Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA SANTANA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 00000136726-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

633.472.103-87 Marcia de Souza Santana

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:

Marcia de Souza Santana 633.472.103-87

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autônoma Rua Francisca Elizabeth 498 casa A

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Marapenga Fortaleza CE 60.711-032

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

5Simplifica1@gmail.com (85)9.8422.3357

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 FIDUCIÁRIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1563 7 CONTA: 1367-26 5

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu estiver direito, reconhecendo o crédito, desde que o mesmo seja emitido após a extinção 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Quanto que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário, em outro momento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou nascer ou parir? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 10 de fevereiro de 2020.

Marcia de Souza Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019857058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 1297 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 16:13:36**
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DE CONTO, PROXIMO A COGERH,**
CONJUNTO INDUSTRIAL - MARACANAU/CE
Ponto de Referência: **PROX AS CAIXAS D'ÁGUA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MÁRCIA DE SOUZA SANTANA**
Nascimento: **22/05/1977** CPF: **633.472.103-87** UF: **CE**
RG: **97005011143** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FÁTIMA PAIXÃO DE SOUZA**
JOSÉ SANTANA
Endereço: **RUA 20 - CASA, 39 SÍTIO**
Bairro: **ALTO ALEGRE I**
Município: **MARACANAU/CE** CEP: **00.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98577-2223**

Histórico

Informa a declarante que no dia local e hora acima citados, seguia como garupeira na motocicleta de Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN, Ano de Fabricação: 2008, Ano do Modelo: 2008, Cor: PRETA, RENAVAM: 110823591 Número Chassi: 9C2JC30708R719406, Placa: HXK-7758 que era guiada pelo proprietário FRANCISCO GILDERSON SOARES DE ARAUJO, quando segundo a declarante um veículo tipo carro trancou a moto, tendo o guiador perdido o controle e a declarante entrou em pânico e com medo pulou da moto em movimento sofrendo lesões na mão direita; Na ocasião foi socorrida pelo proprietário da moto para o hospital Frotinha da Parangaba, onde foi atendida conforme relatório médico apresentado nesta delegacia. E mais não disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ETEVALDO CARVALHO DE SOUSA - MAT.: 60851

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Márcia de Souza Santana

VISTO DO DELEGADO(A) :

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

633.472.103-87 Marcia de Souza Santana.

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:

Marcia de Souza Santana. 633.472.103-87.

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autônoma Rua Francisca Elizabeth 498 casa A.

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Marapenga. Fortaleza. CE. 60.711-032.

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

5Simplifica1@gmail.com. (85)9.8422.3357.

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 FIDUCIÁRIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 1367-26 5

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo o crédito, desde que o mesmo seja emitido após a extinção 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Quanto que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário, em outro momento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou nascer ou parir? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 10 de fevereiro de 2020.

Marcia de Souza Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000136726-5

Nr. da Autenticação 43718B2F958B1ABF

9185081

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 002782425

Rota	FOH06U44	Referência	07/2019
Nome	JEOVA DE SOUZA SANTANA		
Endereço	RU FRANCISCA ELIZABETE, 00998 - CS A, MARAPONGA, 60711-032, FORTALEZA		
Classificação	Residencial Pleno		
Modalidade Tarifária	B1 RESIDENCIAL	Emissão	13/07/2019
Ligação	Monofásico	Medidor	3553166-CPN-308

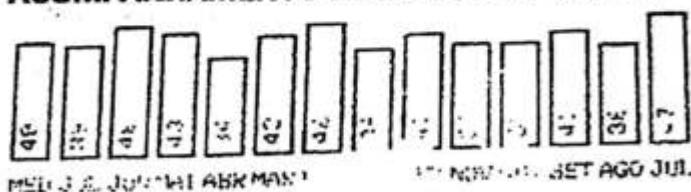
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 32 100

Anterior	Atual	Próxima prevista
11/06/2019	13/07/2019	12/08/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leil. Atual	Leil. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	7.259	7.220	1,00	22	00	39	0,5444	21,35

DADOS DO FATURAMENTO

CREDITO DE PEQUENOS VALORES
ADICIONAL BAND. AMARELA
CONSUMO
BONUS ITAIPU
JUROS

TARIFA

VALOR (R\$)

-	-21,83
0,00590	0,23
0,54744	21,35
-	-0,26
-	0,51

A presente copia fotostática confere com o original exibido nestas notas. Dou fe-
Maracanã.

Em test. da ver

22 NOV. 2019

RIO DE JANEIRO
 DE PAULA MARQUES - Tabellã
 Fone: 3293.1266 - Fax: 3293.271

03

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Pront.: 5644160 Data Nasc.: 22/05/1977 Idade: 42 ano(s) 6 mes(es) e 4 dia(s)

Admissão: 12/11/2019 08:51

Tel.: 85 98577-2223

Mãe: FATIMA PAIXAO DE SOUZA

Sexo: Feminino

RG: 97005011143

Município: FORTALEZA

CEP 60878666

Bairro: MARAPONGA

Endereço: RUA FRANCISCA ELIZABETE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO

Horário 12/11/2019 08:54

Queixa: trauma sangrante em 1ºQD ontem

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: FRATURA EXPOSTA

Autoagressão: Não

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RICARDO LEITAO SANTIAGO

CRM: 6296

Nº: 573196 Horário 12/11/2019 12:01

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: PEQUENA CIRURGIA

Hipótese Diagnóstico: FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PCTE VITIMA DE ESMAGAMENTO DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO, COM FRATURA COMINUTIVA E EXPOSTA, PERFUSÃO DISTAL REGULAR.

ALTA

Data: 12/11/2019 17:40

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
12/11/2019 08:54	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	FRATURA EXPOSTA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

LAVIÇO DE PROTOCOLO - 101
PASTIRADAEXAME

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

DATA 26/11/19
MATRÍCULA 51022

Assinatura de Ricardo Leitao Santiago

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
12/11/2019 12:03	RICARDO LEITAO SANTIAGO	SUTURA DELESÃO EM MÃO. CURATIVO OCLUSIVO. ALTA CIRURGIA PLÁSTICA. RETORNO AMBULATORIO

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Pront.: 5644160 Data Nasc.: 22/05/1977 Idade: 42 ano(s) 6 mes(es) e 4 dia(s)

Admissão: 12/11/2019 08:51

Tel.: 85 98577-2223

Mãe: FATIMA PAIXAO DE SOUZA

Sexo: Feminino

RG: 97005011143

Município: FORTALEZA

CEP 60878666

Bairro: MARAPONGA

Endereço: RUA FRANCISCA ELIZABETE

PRESCRIÇÃO

Médico:

Horário:

Prescrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 107
PAR TIPOLOGIA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 26/11/19
MATRÍCULA 51022
SERVIDOR(A)



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE MARCIA DE SOUZA SANTANA		Nº DO PRONTUÁRIO 394985	Nº DO SE 296765
CASOS		SEXO F	RACIA/COR PARDO
NASCIMENTO 22/05/1977(42 ANOS)		NOME MAE FATIMA PAICXAO DE SOUZA	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97005011143; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 63347210387			
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA FRANCISCA ELIZABETE 998 CASA A MARAPONGA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85) 98577-2223	
CEP 60.711-032			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA QUEDA DE MOTO,, DOR EM 1 PODOACTILO DIREITO		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		GLICEMIA NI	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS DIPIRONA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/11/2019 23:44:01	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DANIELA DE SOUZA FEITOZA		
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE			
DIAGNÓSTICO			
COD. PROCEDIMENTO		CID	
SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIOS-X ☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Impresso por maria edvaney de oliveira mariano em 21/11/2019 às 13:32:20

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

MARCIA DE SOUZA SANTANA

[Handwritten signature]

MAR 15 2019

MAR 15 2019



Prefeitura de
Fortaleza

1038

H

PARANGABA

REGI OF

NOME DO PACIENTE
MARCIA DE SOUZA SANTANA

DOCUMENTOS
CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97005011143; CADASTRO

NOME RESPONSÁVEL

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

60.711-032

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE

QUEIXA
QUEDA DE MOTO, DOR EM PODODACTILO DIREITO

SINTOMAS

NI

RESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

DIPIRONA

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

DANIELA DE S

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

Nº DO PRONTUÁRIO
134575

Nº DO BE
296765

Nº DO
P

RACIA/COR
PARDO

NOME

ATÍMIA PAIXÃO DE SOUZA

ASA A MARAPONGA

K mão D
R polegada D

33095227
PL

DIAGNÓSTICO

SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRAN

MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

Fratura exposta de polegada com esma-
lhecimento e lesão vascular de partes moles.
Anestesia profunda sob efeito analgésico da
camra plástica / 10F.

ALTA/SADA:

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () CP

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

APÓS 48 HORAS

Impresso por DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 11/11/2019
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, s
enal.

Funções previstas no art. 299 do Código

PROFENID 100mg EV 12/12H 4x25
CURVEDON 600mg EV 6/6H

SOUZA SANTANA

PP. Lhaurse

MED. 10

MED. 10





"24 horas de proteção à vida"

O Sr.(a) Márcia de Souza Santana

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 22 / 11 / 2019, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro fratura exposta de fêmur distal do
 membro direito

Observações: Necessite de um período mínimo de 32 (trinta e dois) dias de convalescença.

Fortaleza, 12 de noviembre de 2009

Médico de Plantão – CRM:

Ricardo Leitão Santiago
Cirurgia Plástica
CRM 6296 - RQE 2340

CPF:

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA

Pront.: 5644160 Data Nasc.: 22/05/1977 Idade: 42 ano(s) 6 mes(es) e 4 dia(s)

Admissão: 12/11/2019 08:51

Tel.: 85 98577-2223

Mãe: FATIMA PAIXAO DE SOUZA

Sexo: Feminino

RG: 97005011143

Município: FORTALEZA

CEP 60878666

Bairro: MARAPONGA

Endereço: RUA FRANCISCA ELIZABETE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador DENISE SALES ARACANJO

Queixa: trauma sangrante em 1º QD ontem

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: FRATURA EXPOSTA

Autoagressão: Não

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua dor:

Pulso/FC:

PA:

FR:

Horário 12/11/2019 08:54

Médico: RICARDO LEITAO SANTIAGO

CRM: 6296

Nº: 573196 Horário 12/11/2019 12:01

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: PEQUENA CIRURGIA

Hipótese Diagnóstico: FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PCTE VITIMA DE ESMAGAMENTO DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO, COM FRATURA COMINUTIVA E EXPOSTA, PERFUSÃO DISTAL REGULAR.

ALTA

Data: 12/11/2019 17:40

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
12/11/201 08:54	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	FRATURA EXPOSTA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

LIVRO DE PROTOCOLO - 107

PACIENTE TIRADA

EXAME

PELO SISTEMA SUS

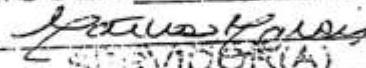
Data Solicitação

Urgente

Situação

DATA 26/11/2019

MATRÍCULA 51022


EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
12/11/2019 12:03	RICARDO LEITAO SANTIAGO	SUTURA DELESÃO EM MÃO. CURATIVO OCLUSIVO. ALTA CIRURGIA PLÁSTICA. RETORNO AMBULATÓRIO



MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Numero de Inscrição

633.472.103-87

Nome

MARCIA DE SOUZA SANTANA

Nascimento

22/05/1977



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

97005011143

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/12/2008

NOME

MÁRCIA DE SOUZA SANTANA

FILIAÇÃO

JOSÉ SANTANA

FÁTIMA PAIXÃO DE SOUZA

NATURALIDADE

ESTÂNCIA - SE

DATA DE NASCIMENTO

22/05/1977

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:3 OFÍCIO TERMO:2856 FOLHA:201 V

LIVRO:A-03 ESTÂNCIA - SE

CPF

2. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 1

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



Polegar Direito



Marcia de Souza Santana

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

CE Nº 014928973000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

04476543308

HXK7758

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguraderalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014928973000

55000500208

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2019

03/10/2019

VIA

CPE / CNPJ

PLACA

01

04476543308

HXK7758

RENAVAM

MARCA / MODELO

110523591

HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB

CAT. TARIF

Nº CHASSI

2008

09

9071030708R71940E

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

25,05

4,01

40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

4,15

0,22

84,58

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

02/10/2019

SEGUROADERALIDER DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

**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: 3200070216
Nome do(a) Examinado(a): Marcia de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Ru Francisca Elizabete, 998 Cs A
Maraponga Fortaleza CE CEP: 60760-310
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 97005011143
Data local do acidente: [11/11/2019]
Data local do exame: [18/02/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
ESMAGAMENTO DA FALANGE DO POLEGAR DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 29/01/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PERDA ANATÔMICA PARCIAL DA FALANGE DISTAL E ANQUILOSE INTERFALÂNGICA DISTAL E BLOQUEIO GRAVE INTERFALÂNGICO PROXIMAL.
- 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 seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO POLEGAR DIREITO 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
DEDO POLEGAR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057066/20

Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA

CPF: 633.472.103-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: MARCIA DE SOUZA SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIA DE SOUZA SANTANA : 633.472.103-87

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: 11/02/2020
Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA
CPF: 633.472.103-87

MARCIA DE SOUZA SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070216 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: ESMAGAMENTO DA FALANGE DO POLEGAR DIREITO.

Descrição do exame físico: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DA FALANGE DISTAL E ANQUILOSE INTERFALÂNGICA DISTAL E BLOQUEIO GRAVE INTERFALÂNGICO PROXIMAL.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO POLEGAR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO POLEGAR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070216 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: ESMAGAMENTO DA FALANGE DO POLEGAR DIREITO.

Descrição do exame físico: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DA FALANGE DISTAL E ANQUILOSE INTERFALÂNGICA DISTAL E BLOQUEIO GRAVE INTERFALÂNGICO PROXIMAL.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO POLEGAR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO POLEGAR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070216 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070216 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057066/20

Vítima: MARCIA DE SOUZA SANTANA

CPF: 633.472.103-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA DE SOUZA SANTANA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIA DE SOUZA SANTANA : 633.472.103-87

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: 11/02/2020
Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA
CPF: 633.472.103-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MARCIA DE SOUZA SANTANA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA