

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

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 **WEB1.20.01353690-7** em **28/07/2020 12:03:41**.
- 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 : 0238170-17.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01353690-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 28/07/2020 12:03:41

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* : 2737602_CONTESTACAO_02 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2737602_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

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 ombros

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: **GLAYDSON SILVA MAIA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003281**

Conta: **0000047634-9**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha (apenas uma) das opções: ☐ DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do acidente ou ASU: 602-289-773-83 3 - CPF da vítima: 602-289-773-83 4 - Nome completo da vítima: Glaydson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA, BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: Glaydson Silva Maia 6 - CPF: 602-289-773-83
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA JOSÉ RES GUADALUPE 172 9 - Número: 172 10 - Complemento: ALTOS
 11 - Bairro: PARQUE GUADALUPE 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61548-030
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 65 3381-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 25 ANOS DO 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 - RENDIMENTO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POLIPURSA (Conta para os herdeiros, herdeiros e beneficiários)
☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (300)
☐ Banco do Brasil (000) ☐ Caixa Econômica Federal (000)

AGÊNCIA: 3398 CONTA: 11001239
 Informar o dígito verificador: Informar o dígito verificador: Informar o dígito verificador: Informar o dígito verificador:

Antes de assinar, o titular da conta bancária informada, de minha (sua) vontade, o valor de indenização/rebolsão do Seguro DPVAT a que eu (você) tenho direito, reconhecendo a planilha, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualque total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONCLUSÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☐ Não fui IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, assim, a validade do reconhecimento de autoria do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, como bem consta no laudo médico de avaliação médica do Instituto Médico Legal para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.051/66, art. 2º, § 1º, declarando que esta informação não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou perícia do IML, caso decida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICIÁRIOS - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONCLUSÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo:

28 - Vítima beneficiária: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se vítima beneficiária, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima beneficiária: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se vítima beneficiária, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não

Tenho ciência de que o Segurado LIDER possui, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, incluindo nome, idade, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da imposição de multa por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Nome completo do quem assina a seguinte perícia:

35 - CPF legível de quem assina a seguinte perícia:

36 - Assinatura de quem assina a seguinte perícia:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

37 - Local e data:

Assinatura do titular/beneficiário do seguro DPVAT:

40 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

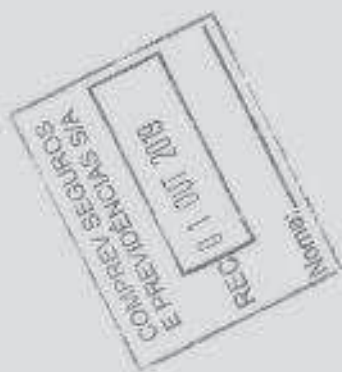
Santa

Desbloqueie o seu
cartão no app



ou em nossas
Caixas Eletrônicas

VISA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3612 / 2018****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 20/08/2018 09:04:55****Data / Hora da Ocorrência: 04/01/2018 08:30:00****Endereço da Ocorrência: AVENIDA MISTER HULL****Complemento:****Bairro: ANTONIO BEZERRA****Município: FORTALEZA/CE****Ponto de Referência: EM FRENTE A RODOVIARIA****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: GLAYDSON SILVA MAIA****Nascimento: 01/05/1984 CPF: 005.589.773-83****RG: 2002018000425 Orgão Emissor: SSPDS****Filiação: MARIA IVETE SILVA MAIA****JOSE GADELHA DAS NEVES MAIA****Endereço: RUA PEDESTRE C, 172 ALTOS****Bairro: JUREMA****Município: CAUCAIA/CE****País: BRASIL****Telefone: (85) 98668-5183****UF: CE****CEP: 61.648-030****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HWY5538 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi:****9C2KC08205R004979 Renavam: 838158790 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano****Fabricação: 2004 Ano Modelo: 2005 Combustível: GASOLINA Cor:****AZUL Proprietário: GLAYDSON SILVA MAIA Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWY-5538-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. MISTER HULL NA FAIXA DO MEIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO DA VITIMA NA VIA, OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****Pág. 1 de 2****Impresso em: 20/08/2018 09:15:21**

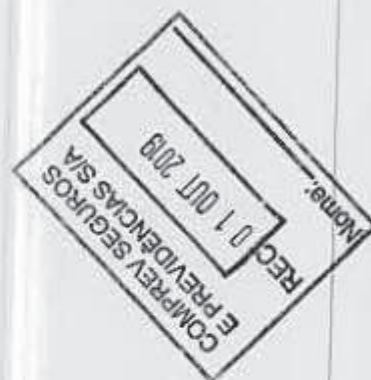


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3612 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



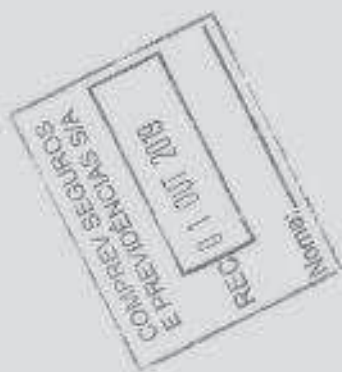
Santa

Desbloqueie o seu
cartão no app



ou em nossas
Caixas Eletrônicas

VISA



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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAYDSON SILVA MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000047634-9

Nr. da Autenticação 2AEEE68B11EDFD63



Prefeitura de Fortaleza

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST. TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE A: ENDIMENTO EMERGENCIAL[illegible]

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTI DE DEUS em 04/01/2018 às 12:03

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.

30 30 90 22 7

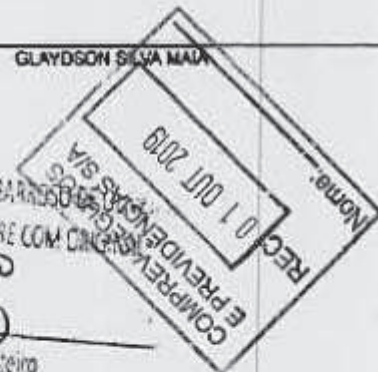
HOSPITAL O STIVAL DA JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

GLAYDSON SILVA MAD

HOSPITAL DISTRITAL AM JOSÉ BARRIOS
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuel Monteiro
Mar 763



REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

322 000

N.º: SHOYDEN SILVA MOTA

Data da Operação: 18/01/11 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador:

[Assinatura]

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Dr. Hildebrando Melo Neto
 CRM: 3199 TEOT - 11.956

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Luxação do ombro esquerdo

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Reposição da articulação

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infetada

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica Ligadura Trenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

Abertura da pele e limpeza

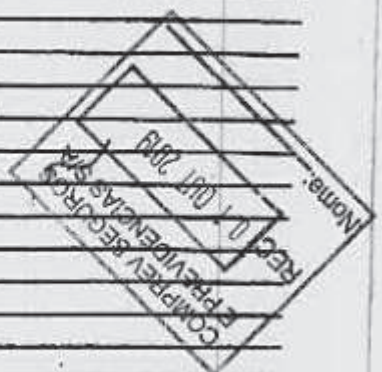
Exposição da articulação

Incisão no ligamento e redução

Redução e reposição da articulação

Sutura e Típico

Dr. Hildebrando Melo Neto
 CRM: 3199 TEOT - 11.956



HOSPITAL DE PONTA GROSSA - SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PONTA GROSSA

[Assinatura]

Enfermeiro(a)

12700020346

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. Celso de Faria nº 1.107 - Península - CEP 64.011-900

Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3335-7222

CENTRO DE REGISTRO E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - CERR - CERR

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2318101513574

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRACGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

TE DA MAE

1. ☒ MASC3. ☐ FEM2. ☐ SEGURADO4. ☐ CONJUGE6. ☐ FILHO8. ☐ OUTRO DEP.

MARIA IVETE SILVA MAIA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

04/01/2018

Dr. João Francisco B. L. L. Mourão
Diretor Clínico HDMa JBO
CRM 3632

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fratura aberta de fêmur
esquerdo com hemostase de urgência

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura aberta

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx e ed. fêmur

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura aberta de fêmur

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA5. ☐ PSIQUIÁTRICA8. ☐ OUTROS2. ☐ OBSTÉTRICA4. ☐ TISIOPEUMOL6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

4606

Dr. Roberto M. S. Rodrigues
Ortopedia - Trauma
CRM 4600

04

01

2018

Emanuel Monteiro
Médico 763RES. 01/2018
COMPR. SEC. 1
E. PREVID. SEC. 1
Nº 101/2018
Nº 101/2018

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

051140:

Gleydon Silva Maia

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		108	04/01/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhado da assinatura e timbre do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
------	----------

EVOLUÇÃO

01 Route 1250000
2018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

09/01/2018 - To Capt. [illegible] [illegible], [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
I, [illegible] [illegible].

156 Gleyson P Moura
Enfermeiro
COREN - CE: 485.463

09/01/2018
2:20 pm

Capacete amarelo, físico, admissão no Posto I com HD de gaturá de elancula esquerda. Acute dista operada alim-
vares fisiológicas presentes. Neg. Alergis
Neg. Dm e HAS. Segue no estudo.

Armed Forces
Enfermeiro
COREN - GE 235066

10/01/84

Permit external

Daniel Ayres Moraes Statista
Médico
Oncologia e Traumatologia
CRM-MEC: 13413

10/01/18 G.S.M., ♂, 33g, com lio. Fratura de clavic
H+ mela tsg. arcando comente, suspenso
de ambiente. Apênd. seu cunhas, apênd.
da ducinar para cirurgia.

DATE	02/25/2018
------	------------

Emmanuel Lapeere

Met. 753

DATA	EVOLUÇÃO
11/01	# 1 ^o Juv. Acomodado

1001 ADONDA UNABIA

Dr. Antonio L. V. Gonçalves
Ortopedista
CRM 12447/01-1001

11/01/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavícula E. Evolu-
 HT 10.10 do grupo. Apresenta um os fraturado. Tinha dieta ve-
 nienta. Placa cirúrgica fratura parietal. Siga sob
 os cuidados da equipe.

Enfermeira
 COREN 149112

12/01/18
 9
 12/01/18

12/01/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavícula e costela
 31
 18
 consuetudo, orientado, UNABIA, afébril, com quadro
 de dieta e necessidade fisiológicas presentes e
 normais. Siga os cuidados da equipe.

Enfermeira
 COREN 149112

13/01/18
 91
 13/01/18

13/01/18 Enfermeira
 10/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavícula E. Evolu-
 consuetudo, orientado, UNABIA, afébril, com quadro
 de dieta e necessidade fisiológicas presentes e
 normais. Siga os cuidados da equipe.

Enfermeira
 COREN 149112

14/01/18
 14
 14/01/18

15/01/18
 18
 15/01/18

Dr. Antonio L. V. Gonçalves
 Médico Ortopedista
 CRM 12447/01-1001

CRM - MÉDICO (A)

REC 01 OUT 2019
 COOPREV SEGUROS
 PREVIDÊNCIAS S/A
 Nome: _____

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

since:

Clayton Silver mine

Prontuário

Enform.

Lotto

Data Internacional

Diagnóstico

04 107 12018

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
15	G.S.M. O. 33 anos, AD. Fratura de clavícula
01	E. Evolução satisfatória, melhora, veia
18	Exame, normalizado. Segue em
	melhor. Aguardando cirurgia
	<div style="text-align: right;"> <p>Paulo César Barros Machado</p> <p>Médico - Ortopedista</p> <p>CRM 4977</p> </div>
16	
01	
18	
	<div style="text-align: right;"> <p>Paulo César Barros Machado</p> <p>Médico - Ortopedista</p> <p>CRM 4977</p> </div>
16/01/18	Enfermagem
17	G.S.M. O. 33 anos com HD. Fratura
	de clavícula e distúrbio cardíaco, entre
	seu queixo, transtornado, entre dois
	operando, aguardando descer para um
	giz.
	<div style="text-align: right;"> <p>Paula Regina da Costa</p> <p>Enfermeira</p> <p>COREN CE 233.971</p> </div>
17/01/18	Claydson, 33 anos, HD. Fra-
	7:30 tipo de clavícula E. Evolu-
	ção satisfatória, estável, sem
	excesso de edema, em repouso
	com analgésicos. Aguardando
	desce. suspensa. Aguardando
	para outro exame
	antes de cirurgia
17/01/18	Ex de torçao (C)
	Aguardando
	<div style="text-align: right;"> <p>Daniel Apolinário Batista</p> <p>Médico</p> <p>CRM 3103</p> </div>
	<div style="text-align: right;"> <p>Daniel Apolinário Batista</p> <p>Médico</p> <p>CRM 3103</p> </div>

Emanuelle Montoro

Mat. 753

Procedures

EVOLUÇÃO

DATA

18

01

18

075 075

Dr. Valdir de Azevedo
CRM: 3199 REOT 11.958

18/01/18 Clayton, se tornou do 2.º ao 09:40 mt, após
por os membros claviculares E. consuntos, orientando
supinatus, segue em observação.

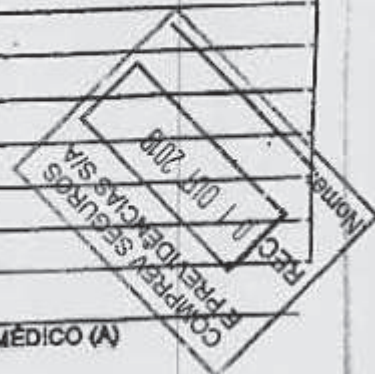
19

01

Alta

19/01/18

09h 09h pte obtive Alta Hospital da
Esque
Ent



CRM - MÉDICO (A)

Emanuel Monteiro
Mat 763

Fortaleza

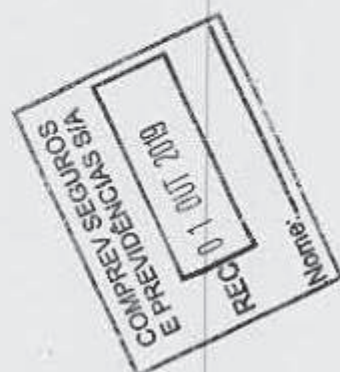
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

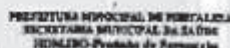
PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMÉ - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Incl. J. Diária)
07/01	<i>[assinatura]</i>		SA 09/01/18	
01	<i>[assinatura]</i>		Corrente de eletroterapia diária, 15 minutos, 2 vezes por dia, com eletrodo rectangular, 10x10cm, pelo eletrodo catódico sobre a região da cabeça e pescoço.	<i>[assinatura]</i>
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedista - Traumatologia CR214960		SA 09-01-18 20h paciente admitido no posto I procedente da emergência com hematoma, com fratura verificada, após duta a pedido de urgência, segue em obs. de sb.	<i>[assinatura]</i> 8 fcs3
	HOSPITAL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA ATESTADO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO			
	<i>[assinatura]</i>			
	Assinatura do Profissional			
	Assinatura do Profissional			





SAME - Serviço de Arguimento Médico e Estatístico

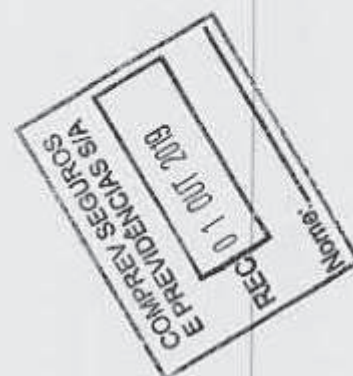
ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
08:			

	SINAIS VITAIS		
HORÁRIO:			
P.A.:			
TEMP.°:			
P./MIN.:			
M.V. / MIN.:			

NOME: <i>Gláydson Silva Maia</i>	IDADE: <i>33a</i>	ENF: <i>B</i>	LEITO: <i>108</i>	Nº. PRONTUÁRIO:
----------------------------------	-------------------	---------------	-------------------	-----------------

DADO	PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	FEUILHA DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	INDICAÇÃO	RUBRICA (Incl. / Data)
	17	SND		
29	17	16 24 OR		
01	01	22 10		
18		04:10		
		Robina		
		Dr. Roberto Mendes Rodrigues Utopia - Turma 1001 CRM 4500		
		13/11/2011		



RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Gleydson
Silva Vieira sofreu trauma
no antebraço com luxação
do osso da articulação esqua-
04/01/2018 Submetido a tra-
tamento físico com
placote e fixação por 2
semanas com imobilização
funcional do antebraço por
30% rep. com umhilt-
3000 + limitação de mo-
vimentos e controle médico
definitivo

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.725.923-91

Fortaleza,

08/02/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



JOSE ROBERTO SILVA MOTA



CPF: 000.000.000-00

DATA: 11/06/2008

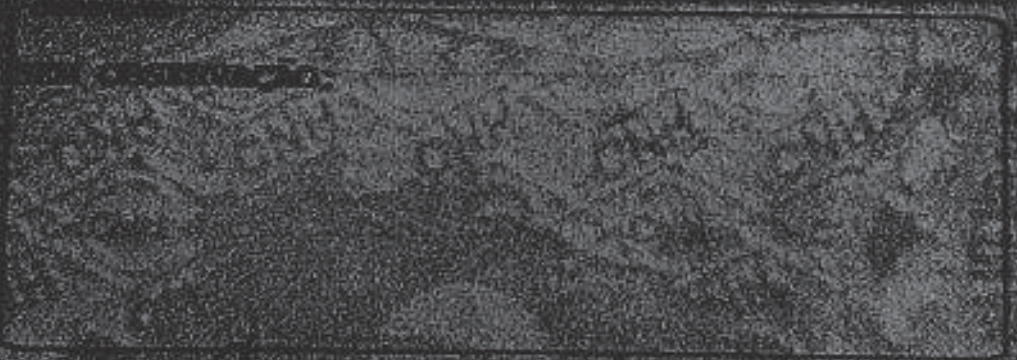
ENDEREÇO: RUA DAS FLORES

CIDADE: FORTALEZA - CE

ESTADO: CE

DATA: 11/06/2008

DATA: 11/06/2008



Assinatura do Titular

DATA: 11/06/2008

CPF: 000.000.000-00

CEARA

REC 01 11/06/2008
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

Nº 014414874765

DETTRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLT 01 B3H158790 0000000000 2018

NOME
GLAYDSUN SILVA MATA

CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ
00558977383

PLACA
HWY5538/CE

PLACA ANT / UF
/CE

CHASSI
9C2KC08205R004979

ESPÉCIE TIPO
MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.
2004

ANO MOD.
2005

CAP / POT / CIL
2P / 14CV / 149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
AZUL

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*****,**	**/**/**	1* *
	FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *
	*****	*****,**	3* *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 19/09/2018

OBSERVAÇÕES

EXISTEM MULTAS SUB JUDICE: *****

LOCAL CAUCAIA DATA 02/10/2018

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: 005.589.773-83 4 - Nome completo da vítima: Glaydson Silva Maia

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

5 - Nome completo: Glaydson Silva Maia 6 - CPF: 005.589.773-83
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUACCS RES GUADACA JARA 9 - Número: 112 10 - Complemento: ALTOS
11 - Bairro: PARQUE GUADACA J 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61548-030
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85 98789-6626

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:
☒ RECLUSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3081 CONTA: 047634
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 (nascituros)? ☐ 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
Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

CPF: 005.589.773-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLAYDSON SILVA MAIA : 005.589.773-83

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: 01/10/2019
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA
CPF: 005.589.773-83

GLAYDSON SILVA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

Número do Sinistro: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

CPF: 005.589.773-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: GLAYDSON SILVA MAIA
CPF: 005.589.773-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

GLAYDSON SILVA MAIA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190560651 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA **Data do acidente:** 04/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	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: 3190560651 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA **Data do acidente:** 04/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

CPF: 005.589.773-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLAYDSON SILVA MAIA : 005.589.773-83

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: 01/10/2019
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA
CPF: 005.589.773-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

GLAYDSON SILVA MAIA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

Número do Sinistro: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

CPF: 005.589.773-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: GLAYDSON SILVA MAIA
CPF: 005.589.773-83

GLAYDSON SILVA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA