

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E 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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de 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 médica-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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de 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.

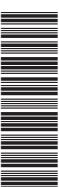
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA DADOS PESSOAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do beneficiário ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

002-289-712-83

Glaudson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZENDA DE INSCRIÇÃO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (NOME/NOSSO/NOME/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUDER N° 140/2012

5 - Nome completo:

6 - Endereço:

7 - CEP:

7 - Profissão:

8 - Cidade:

9 - Número:

NACIONALIZADO

RUA 051 RÉS GUARDA-ROUPA

10 - Complemento:

PAPOLE GUARDA-ROUPA

CAUCALA

CE

11 - Bairro:

12 - Estado:

CE

13 - E-mail:

14 - Telefone:

61548-030

15 - Celular:

16 - RG (DDD):

(65) 9741-6626

BEM-VINDO AO SISTEMA DE PEDIDOS DE SEGURO DPVAT. O SISTEMA POSSUI UMA INTERFACE AMIGAVEL E FÁCIL DE USAR.

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
 SEM RENDA

- R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

- R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS DA CONTA:

22 - INFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO:

23 - INFORMAÇÃO LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (MÍS, CURADORES/TUTORES)

CONTA PÚBLICA DA BANCA (para o nome: Banco, Agência e Número)

CONTA CORRENTE (digite o nome)

Nome do BANCO: Santander

BANCOS (BANCO)

AGÊNCIA: 3710

CONTA: 1-201239

BANCOS (BANCO)

Banco: Bradesco

Agência: 00000-00000

BANCOS (BANCO)

AGÊNCIA: 00000

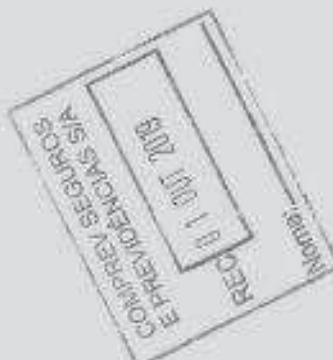
CONTA: 00000-00000

BANCOS (BANCO)

Santa

Desbloqueie seu
celular no app

ou em nossas
Caixas Eletrônicas





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

UF: **CE**

CEP: **61.648-030**

Telefone: **(85) 98668-5183**

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: *Gládson Silva Maia*

VISTO DO DELEGADO(A) :



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3612 / 2018

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA DADOS PESSOAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do beneficiário ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

002-289-712-83

Glaudson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZENDA DE INSCRIÇÃO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (NOME/NOSSO/NOME/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUDER N° 140/2012

5 - Nome completo:

6 - Endereço:

7 - CEP:

7 - Profissão:

8 - Cidade:

9 - Número:

NACIONALIZADO

RUA 051 RÉS GUARDA-ROUPA

10 - Complemento:

PAPOLE GUARDA-ROUPA

CAUCALA

CE

11 - Bairro:

CE

61548-030

12 - E-mail:

(55) 9911-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES E CURADORES) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COMO CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

- R\$1.000,00 A R\$10.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

- R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS DA CONTA:

22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

23 - BENEFICIÁRIO LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADORES/TUTORES)

 CONTA PÚBLICA DA BANCA (para o nome abaixo, Anexo de Informações) CONTA CORRENTE (digite o nome) Poupança (PSC)

Nome do BANCO: Santander

 Salvocondado (SC)

Número da Conta:

APENAS:

Número:

AGENCIA: 37100

CONTA:

11001239

Autentico a depoimento de Glaudson Silva Maia, residente na Rua 051 Residencial Guarida das Flores, nº 1100, bairro Guarida das Flores, no Distrito Federal, no dia 10/01/2012, que no dia 09/01/2012, recorreu ao seu plenário, quando já é beneficiário após extinção do crédito, quanto total de valor recebido...

24 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA LIBERAÇÃO DO TÍTULO - PRESENÇA DO BENEFICIÁRIO PARA CONFERIR INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob o prazo de 10 (dez) dias, que sou beneficiário/representante de apresentar o Título de Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT para invalidade permanente, tanto que fiquei com uma deficiência:

 NÃO SOU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA Glaudson Silva Maia, residente na Rua 051 Residencial Guarida das Flores, nº 1100, bairro Guarida das Flores, no Distrito Federal. Glaudson Silva Maia, residente na Rua 051 Residencial Guarida das Flores, nº 1100, bairro Guarida das Flores, no Distrito Federal, portador de deficiência com base na documentação fornecida, autorizo a realização de exame para aferição da minha deficiência, conforme Lei 10.546/92, art. 27, §º, parágrafo que esta deficiência não significa perda de capacidade para a futura inserção social e profissional, caso contrário, se o resultado for negativo, não devolve a indenização do Seguro DPVAT por parte da beneficiária que se apresentarem e provisoriamente, caso constate que a deficiência é permanente, deve ser realizada perícia para verificação da existência e gravidade das lesões, observando-se que a deficiência permanente é aquela que permanece mesmo que a pessoa tenha se adaptado ao seu novo nível de vida, conforme Lei 10.546/92, art. 27, §º, parágrafo que esta deficiência não significa perda de capacidade para a futura inserção social e profissional, caso contrário, se o resultado for negativo, não devolve a indenização do Seguro DPVAT por parte da beneficiária que se apresentarem e provisoriamente,

25 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA LIBERAÇÃO DO TÍTULO - PRESENÇA DO BENEFICIÁRIO PARA CONFIRMAR A MORTE

 BENEFICIÁRIO

Nome:

CPF:

Data da morte:

CURADOR

Nome:

CPF:

Data da morte:

 BENEFICIÁRIO CONFORME DECLARAÇÃO

Nome:

CPF:

Data da morte:

TUTÓR

Nome:

CPF:

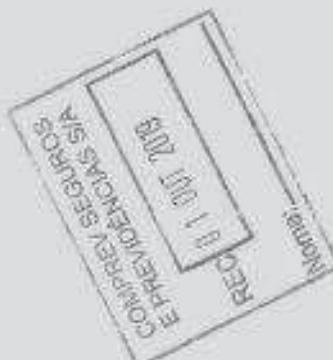
Data da morte:

TESTIMUNHA

Santa

Desbloqueie seu
celular no app

ou em nossas
Caixas Eletrônicas



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:

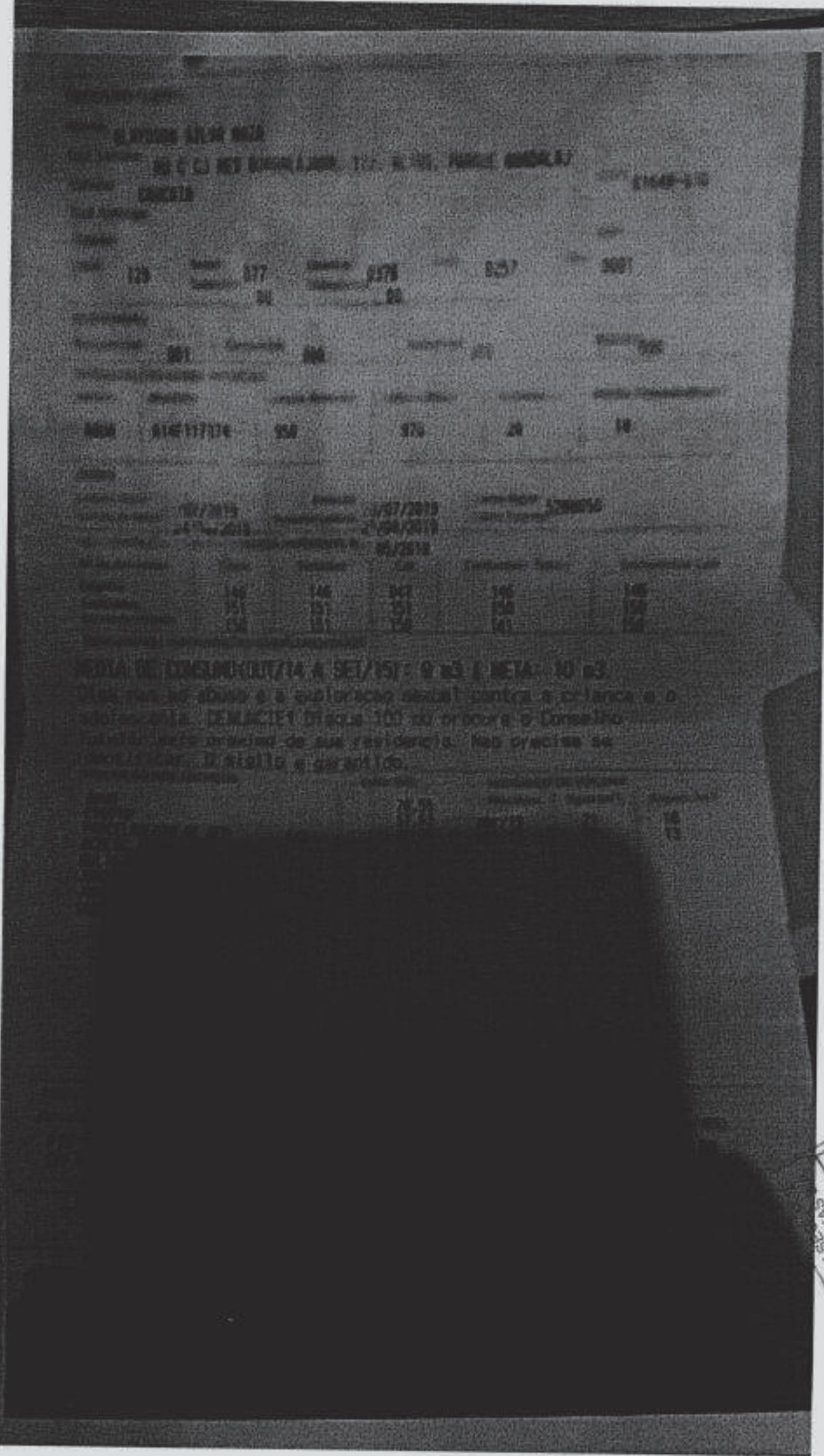
CLIENTE: GLAYDSON SILVA MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 00000047634-9

Nr. da Autenticação 2AEEE68B11EDFD63





Prefeitura de
Foz do Iguaçu

**REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SUS

REGISTRO DE A^º ENDIMENTO EMERGENCIAL

Impresso por ZALYA LIANDE CAVALCANTI DE DEUS em 04/01/2018 às 12:03'1

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 90 227

HOSPITAL D'ESTRELAR MARQUES DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CORRERÉ COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.
322 000

N.: GROYDEN SILVA MOJO
Data da Operação: 18/01/11

Enfermaria: Leito:

Operador:

José

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Dr. Heidebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Lúpus ósseo crônico

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

LEVOSE C/ R. +

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: Contaminada Infectada

Via de acesso - Técnica e Técnica Ligaduras Irrigação - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Observações: *Existe laringite com edema laringeal. Incisão no órgão p/ excluir laringite. No dia 21/01/11 f. monitores com um grm. Enzase + Típico.*

D. HEIDEBRANDO MELLO NETO
CRM: 3199 TEOT - 11.956



P

12700020346

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação
 www.saude.ce.gov.br
 Avenida das Flores n° 1337 - Fortaleza - CEP 60130-000
 Fortaleza-Ceará
 Telefone: (85) 3238-7202

Fortalese

MINISTÉRIO DA SAÚDE E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE - SUS - SUS
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2318101513574

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC/CNPJ
07.835.044 / 0002-61**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE

Mayda Lira Maia / CLAYDSON SILVA MAIA

ENDERECO DO PACIENTE

RUA: 1070

BAIRRO

CONJUNTO CEARÁ

MUNICÍPIO FORTALEZA

UF CE

DATA DO NASCIMENTO

01/05/1984

SEXO

1.0 MASC 3.0 FEM

CONDICAO

2.0 SEGURADO 4.0 CONJUGE 6.0 FILHO 8.0 OUTRO DEP.

TE DA MAE

MARIA IVETE SILVA MAIA

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. José Roberto L. L. Matos
 Diretor Clínico CRM 363

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Reverte em humor claro de canto
 esquecendo os interesses da família

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Abuso de álcool.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 REGISTRO DE COPIA CONFERIDO COM O SUS

Emanuelle Monteiro
 Matr. 763

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx ced. tbc.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fuxo de humor de 1 mês

TIPO DE CLÍNICA

- 1.0 CIRÚRGICA
- 3.0 CLÍNICA MÉDICA
- 5.0 PSQUIÁTRICA
- 9.0 OUTROS

- 2.0 OBSTÉTRICA
- 4.0 TISIOPEUMOL
- 6.0 PEDIATRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Rx cint.

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

4602

Dr. Roberto Matos Rodrigues
 Ortopedista - Traumatologista
 CRM 4602

DATA

10
 2018

RES. 1000/2018
 E-PRESCRIÇÃO
 COMPACTADA
 SEU RÔS

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Gleyson Silva Maia

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Informação	Diagnóstico
			108 04/10/2018	

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

DATA

EVOLUÇÃO

03/10/2018

Paciente intubado

2018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4600

03/10/2018 - Paciente intubado, com quadro de dor intensa, com febre, hipotensão arterial, respiração rápida, suspiros, agitação, berrancas, sangramento nasal, desidratação. Iugos 103.

Se Gleyson P Moura
Enfermeiro
COREN - CE: 035.403

04/10/2018. Consciente orientado, físico, acha lido no dia anterior. Ponto T com 10 cm de fractura da clavícula. Esquerda. Fruta dura quebrada, plimimbras e náuseas persistentes. Nésc. Abertas nega Dm e HHS. Segue nos cuidados.

Arthur Mendes
Enfermeiro
COREN - CE 315066

10/10/18 Ferent exteral

Daniel Ayres Mendes Batista
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 12-33

10/10/18 G.S.M., ♂, 33a, com 110. Fratura de clavícula esq. envolvendo o osso, com fratura do osso cubital. Cabeça aberta. Sem sangramento, agressão de discussões para cirurgia.

Assinatura: Dr. Daniel Ayres Mendes Batista

Emissário: Dr. Daniel Ayres Mendes Batista

Mai 763



DATA	EVOLUÇÃO	PROMPTUÁRIO	ANOTEM-SE não temos o an-
		21	
11/01	# Jair Acomodauwitz Adm. Trauma UNIBRA		
	<i>Fratura de clavícula e humérus com deslocamento parcial. Ombro com dor e limitação de movimento. Perna direita com edema e dor.</i>		
11/01/12	G.S.M., 33 anos, H.O: Fratura de clavícula E. Evolução: evoluiu MT 10.10 do ponto. Agudiza-se ao sentar. Tensão dura de 10 min. Pode se sentar e dormir parcialmente. Dolor não é intenso mas é intenso ao dormir.	<i>Dr. José Pedro Enfermeira Luzia</i>	
12	Catágora		
13	10/12/12		
14	Catágora		
15	Revisão 01/01/13		
16	G.S. M., 33 anos, H.O: Fratura de clavícula E. Evolução: consultante orientado UNIBRA, afibril, sem queixa. Recepta dicta e recomendação fez exames sanguíneos e normais. Sigue os cuidados da enfermagem.	<i>André C. Souza Machado Enfermeira</i>	
17	COREN 149112		
18	Catágora		
19	Revisão 01/01/13		
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Maria Lúcia Britto Machado
Medida: Ortopédica
Data: 01/01/13

CRM - MÉDICO (A)



FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Glaydson Silva Maia

Prontuário	Enferm.	Lito	Data Internação	Diagnóstico
			04/10/18	

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
15/10/18	G.S.M. ♂, 33 anos, AD: Fratura do clavíulo.
01/11/18	Evolução incipiente, descanso, verba- lizado, suspensos, órtese, normo-
18/10/18	Tetra, não operado. - segue com anormalidades aguardando cirurgia

Med. G. S. M.
CRM 677

16
01
18

Evolut

Glaydson Maia
Médico - Ortopedista
CRM 677

16/10/18 Enfomego

Ht G.S.M. ♂, 33 anos com AD: Fratura
do clavíulo L. Início com dor, sintomas
no queixo, hombrolângio, corte de
operador, agressão de duros e presas em
cabeça.

16/10/18
COREN CE 233.971

17/10/18. Glaydson, 33 anos. AD: Frac-
to 30 tipos de clavíulo L. Procurou
imediatamente, estava - Pe-
ta órtese operada em zero dias
com molde. Piquete ligações
Orc. suspeitas e
não se sente triste
neste dia de operação

17/10/18 Fe de tornozeleira
Agudo - rígido

Med. G. S. M.
CRM 677

DISTRITO LIVRE DE DENGUE
ATESTO QUE COM A CONFIRMAÇÃO

Emanuel Monteiro
Mat. 763

Daniel Alves Mendes Barros
Médico - Ortopedista
CRM 3103

Pronto

EVOLUÇÃO

DATA	
18/01	6456
19/01	

DR. HEDILANDO NEVES
CRM: 3199 REG: 11.555

18/01/18 Gladson, se tornou des. e. o. as 09:40mt, queis
POF acima da clavicula e torax, orientado
chapim raro, segue em observação. *ff*

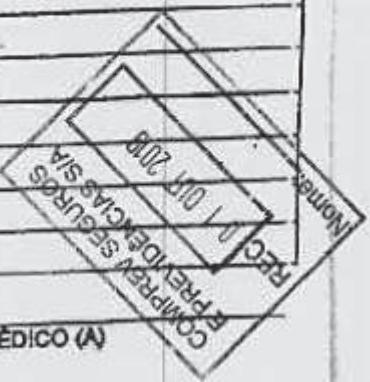
19	pt. tma
01	

19/01/18

~~agm~~ ogm pte obtuse ptf. hospitala
ejome
int

Emanuelo Monteiro
Mat 763

CRM - MÉDICO (A)



Fortaleza

**A MARELEI VERSO PREGĂTITĂ PENTRU ALIAZĂ
SALVATORĂ SUCEAȚORULUI DA BĂTRÂN
HODUROV** - în titlu și în paragraf

PREScrição MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANE - Serviço de Atenção à Saúde e Estatística

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

NAME: Glayson Siva Ulric

IDADE: 33

LETO: 198

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PROFISSIONAL MEDICO / ENFERMAGEM	TIPO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	INFORMAÇÃO	RUBRICA (Data)
09	Int. Jef			
09	J. W.			
	Dr. ROBERTO GOMES PACHECO CIRURGIA GASTROINTESTINAL CRG 14600		SN 09/01/18 Comente ameaça de descolamento perioral. Várias lesões de mucosa descamativas e edemate- mose alongadas na face nas laterais da boca. Pact les curativos el respi.	AP
			SN 09-01-18 205 Folmente admitido no posto I procedente da emergência para descolamento de epitelio superficializado, acu- dito tipico den- noso superior, respe- tivo dho. de inf.	turno 874153
	HOSPITAL DISTRITAL MUNICIPAL DE QL. AVENIDA DA ALFANDRA, 1000-090-000 6º			
	ENTREGUE PELA UNIÃO			
	MARCA			





PROFESSOR HENKELIUS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HENKELIO-Professor de Farmácia

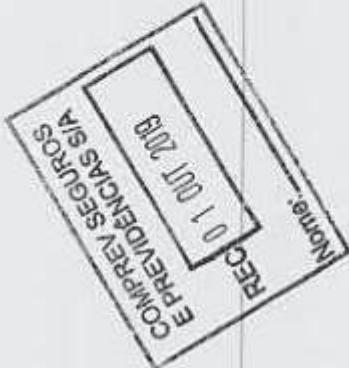
PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

	Glicemia	Insulina	Rubrica
11:			
19:			
20:			
26:			

HURÁRIO:	SINAIS VITais
P.A.:	
TEMP.ºC:	
P/MIN.:	
M.V./MIN.:	



FOLHA DE ANESTESI

Prontuário N°:

Glazdron Silveira Marca

Leito:

Sexo:		Pres. Arterial:	P脉:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Data:	18/01/18	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Tipo Sanguíneo:		Urina:					

Ap. Respiratório:

Aasma:

Bronquite:

Ap. Circulatório:

Eletrocardiograma:

Ap. Digestivo:

Ap. Urinário:

Estado Mental:

Allergia:

Hipotensores:

Diagnóstico Pré-operatório:

Urticaria aeromóveis - clínica

RGA I

Risco:

Anestesias Anteriores:

Medicação Pré-anestésica:

Nidatilac 2 mg IV

Aplicadas as:

re-aest.

Efeito:

satisfatório

análise

SORTEAMENTO
ANESTÉSICO

Linf.

Arteria

veia

muscular

peritoneal

urinária

IB

+

=

—

—

—

—

—

—

—

—

—

- MANUTENÇÃO
- ① Nitro.
 - ② 3 kg. glicos brasil
 - 1 litro 15% cladex
 - 300 ml + cloridina
 - 170 kg
 - ③ Afaglucina 1g/100ml
 - W.W.

Anestesia Rápid. 10 min. 10 cm.
 1000 ml por quan.

DESPACHAR

Referência E.O.: _____

Obst.: _____ D.O.: _____ P.D.: _____

Habituado: _____

Outro: _____

Ciclo: _____

Pulseira: _____

Condicões: _____

W.W.

Agente:

Lidocaina 1% adrenaling
 Bloq. pleo bracial

Cánculas: _____

Técnica:

Bloq. pleo bracial

Operação:

TD: ab. lte

Clírgicas:

H. Hildebrand

Anestesiista:

H. Francisco Augusto

Observações:

U. Andrologia Dr. Jair Guim Cem 6085
 U. Endocrinologia Dr. Jair Guim Cem 6085
 U. Radiologia Dr. Jair Guim Cem 6085
 U. Urologia Dr. Jair Guim Cem 6085

Ponta Sanguínea:

CONFIDENCIAL
 CONFIDENTIAL
 CONFIDENTIAL



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

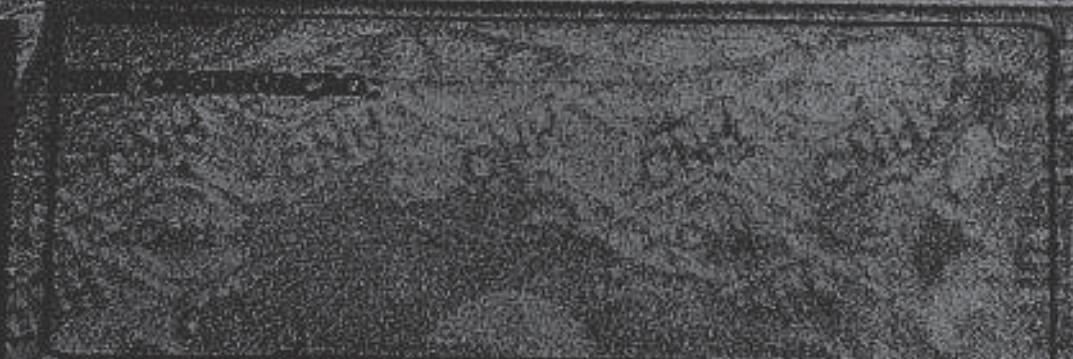
LARDO

Simeão Oliveira Gleydson
Silveira Soárez
Hoje amanheceu com dor no
estômago e na barriga.
04/01/2020 Submettiu-se
para exames de sangue e
urina. Os resultados
foram normais.
Aconselhou-se a fazer
30% de reposo.
Zerar + líquidos e
alimentar-se com
alimentos leves.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 08/02/2020

ESTADO FEDERATIVO DO CEARÁ
MUNICÍPIO DE CRACÓDIAES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



CEARA



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:
205.589.773-83 Glaydson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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): (85) 98789-6626

Glaydson Silva Maia 205.589.773-83
Servente *RUA CECIL RES GUADALAJARA* 172
PARQUE GUADALAJARA *CAUCAIA* *CE* *61548-030*

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: **3281** CONTA: **047-634** **9**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve irmãos?

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/beneficiário
que assina o rogo/a pedido

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Aracaju/SE
42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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

Data do acidente: 04/01/2018

CPF: 005.589.773-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Valorização 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/01/2018

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

Data do acidente: 04/01/2018

CPF: 005.589.773-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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