

 **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 **WEB1.20.01355957-5** em **29/07/2020 11:35:38**.
- 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 : 0238123-43.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01355957-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 29/07/2020 11:35:38

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

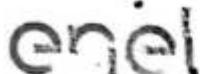
Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2738791_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2738791_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-7.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



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 018272715
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.848-3

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

Esta é a sua conta de

08/2019

Nº DO CLIENTE	DV
1482594	
VENCIMENTO	25/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	152,85
DATA EMISSÃO	20/09/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço RU CORACAO DE JESUS 01050 60862-222 FORTALEZA CASTELAO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5253374-EL - FOH05UE1

CPF / CNPJ

899.958.053-91

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
12/07/2019	10/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto Tarifário	Consumido	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	6543,00	6378,00	165,00	0,00	0,00	0,00	1,00	165,00	165,00	165,00	0,80836	133,38	

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - ILLUMINATIVO MUNIC			13,55
Consumo	165	0,80836	133,38
Adicional Band. Amarela			2,47
Adicional Band. Vermelha			3,45

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
-------------------------------	----------------------------------	---

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	139,30	1,3500	1,88
COFINS	139,30	6,1600	8,58
ICMS	139,30	27,00	37,61

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tari.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08 Prezado(a) Cliente, Estamos entregando sua conta de energia referente ao mês de agosto depois da data prevista. Caso queira, temos uma condição especial de pagamento para você, qualquer dívida entre em contato através dos nossos canais de atendimento. O vencimento da sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento. O vencimento da sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA CAUSAS		DADOS PESSOAIS NASCIMENTO 03/01/1983(36 ANOS)		Nº DO PRONTUÁRIO 5163838	Nº DO BE 376972
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 01836891350; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96006048352 NOME RESPONSÁVEL NI		ENDERECO RUA D 1041 JARDIM UNIÃO USB 13 PASSARE CONTATO		SEXO M	RACACOR PARDO
MUNICÍPIO FORTALEZA CEP NI	UF CE	NOME MÃE MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
QUEIXA COLISÃO CARRO/BICICLETA TRAZIDO PELO SAMU SINTOMAS NI		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITais SAT 02 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 19/10/2019 08:58:45	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA	ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA			
ÁREA ATENDIMENTO ATENDIMENTO MÉDICO					
<p>Centrissos no estômago () e colo (). Rx - prof. desfaz do rosto () ósimo. Col. intus () evacuado ().</p>					
DIAGNÓSTICO SAD SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAI-O-X <u>Histórico ()</u>		CID		() OUTROS <u>AB/P</u>	
MEDICAMENTO <u>00X</u>		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO <u>Colo ()</u>		OBSERVAÇÕES <u>AB/P = renal</u>	
<p><u>Coloscopio - 11-09-19</u></p> <p><u>Procto - 11-09-19</u></p>					

TIPO DE 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

Jose Glauber Mota
Traumatologia
EN - CIE

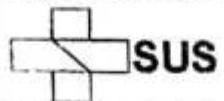
Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 19/10/2019 08:58:45

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.

gilberto batista de oliveira

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coslho 1578
Messejana - Cep: 60364-810
Fortaleza Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME

Gelson Roberto de Oliveira

6 - N° PRONTUÁRIO

516503

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

██████████

8 - DATA DO NASCIMENTO

09/01/1983

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Doutor Júlio - Passo de

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza

14 - CÓD. IBGE MUNIC.

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura distal do rádio e o diâmetro
medio.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fractura distal do rádio e o diâmetro
medio.

19 - PR

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Rx + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

850.5

PROcedimento solicitado

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Fract. rádio - Fr. avançada

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL/BLOCO/ASSISTENTE

Traumatologia

CRM 0122

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGO

44 - EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - CNIS

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho 1576

Messejana - Cep: 60.804-100

Fortaleza - CE

CONFERE COM ORIGINAL

08/11/2019

Scanned with CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE - REGIÃO VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

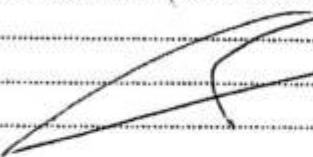
5163838

PACIENTE:	Gilberto Batista de Oliveira		
DATA OPERAÇÃO:	25/10/19	ENFERMARIA:	LEITO 38
2º AUXILIAR:	Dr Valtério	1º AUXILIAR:	Dr Marcio Lattah
ANESTESISTA:	Dr Camauim Mendonça	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR: Dr. Marcio Lattah
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura radio distal (E)		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Osteosíntese pinho (E) + reparo ligamentar pinho (E)		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	() mesmo		
RELATÓRIO IMEDIATO PATHOLOGISTA:			
EXAME RADIODIÁGOGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

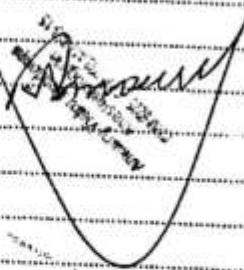
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM- SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCE

- ① Pcte DDH + osteosíntese
- ② fissuras + artissuras + compon arterias + fixar tendão
- ③ ligaçõe volta no radio distal (E) + pinhos no Steinmann
- ④ Redução direta + fixação com placas volta do radio distal (E) + perfurante
- ⑤ reparo ligamentar tendão aponeurose pinhos (E) + centro de rendição
- ⑥ sutura por planos
- ⑦ curativo
- ⑧ SR



DR MARCIO LATTAH
Médico
CRM/CE 18271

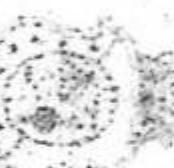


04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Mesquita - Cep: 60.864-810
Fortaleza
Ceará

Gráf.HDEBO-SAME-Desc.Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA
PERICIA FORENSE DO ESTADO
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO**

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA

۲۱

REPÚBLICA E

DEFESA SOCIAL

Polegar Direito



Batista de Oliveira

CATALOGO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96006048352

DATA DE EXPEDIÇÃO

25/02/2013

NOME

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA

MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE

SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO

03/01/1983

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 41958 FOLHA: 204 V
LIVRO: B-73 FORTALEZA - CE
CPF 018.368.913-50

2 VIA

Ausônio Batista *Batista*
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

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:

018 368 913 - 50

4 - Nome completo da vítima:

Gilberto Batista de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gilberto Batista de Oliveira

6 - CPF:

018 368 913 - 50

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

R. Coração de Jesus

11 - Bairro:

Fazenda f. Castelão

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ce

14 - CEP:

1050

60862 - 222

15 - E-mail:

X

16 - Tel. (DDD):

(85) 9878-6626

DADOS CADASTRAIS

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:

REUSO 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 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: 0555

CONTA: 165468 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (lado 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (bebê vivo)? 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.

NÃO AUTORIZADO

31

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)

40 - Local e Data:

Porto Seguro, 20 de junho de 2009

Gilberto Batista de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



DECLARAÇÃO

192

Agendamento feito em 07/11/2019

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Gilberto Batista de Oliveira - C.P.F. - 018.368.913-50**, no dia **19/10/2019**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P925646/2019**.

Fortaleza, 04 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

8824

3991. Gilharto

P- 925646/19



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 13 PONTO DE APOIO: CHESF N° DA Ocorrência: 0345

DATA: 19/10/19 TURNO: M/T EQUIPE: Silvana Mendes

NOME: Gilberto Batista de Oliveira IDADE: 36 SEXO: M

ENDERECO: Qd. S. I. das minas gerais 403

REFERÊNCIA: BAIRRO: Itaperiá

QTY: 07:39 QUÍS: 07:57 QUR: QUÍ: 08:18 QUU: 09:07

08:45

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão com carro bix

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RESPONSIVO | <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE | <input type="checkbox"/> PRESENTE |
| <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input type="checkbox"/> AUSENTE |

A	<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
---	---	-------------------------------------	------

B	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AÚSCULTA
---	---------------------	----------	--------------------	----------

EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
BRADIPNEICO			
AGÔNICA/AUSENTE			

C	PULSO	PELE:	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
---	-------	-------	--------------------	---------------------

NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA	<input type="checkbox"/> CAPILAR	<input type="checkbox"/> EXTERNO
TAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PAUDA	<input type="checkbox"/> SECA		
BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
			<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO

LOCAL:	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)
--------	---

D	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTADO (AVSORRI (P))	<input type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS
À VOZ	<input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P)	<input type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR
À DOR	<input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (AVINCONSOLÁVEL (P))	<input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETIRADA
NENHUMA	<input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (AVGEMENTO (P))	<input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL
TOTAL:	15	NENHUMA	<input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL
PUPILAS:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCORICAS)		<input type="checkbox"/> NENHUMA
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS:		

E	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
---	--------	--------	------------

111			
-----	--	--	--

escoriação	SAMPLE
------------	--------

F: 80	PA: 130/96	FR: 20	SUD:	DXM: 967	TELE:
-------	------------	--------	------	----------	-------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pac. vítima de golpe na cabeça / bateu consciente no chão, sentindo forte dor no braço esquerdo com dor na lombar e escorregou na calçada direito. Foi levado para o hospital de acolhimento informou que está STAB.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: | <input checked="" type="checkbox"/> INTERVENÇÃO DO SAMU | BOLETIM EMERG: |
| <input type="checkbox"/> LIBERADO | <input type="checkbox"/> RECUSA | <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO → | <input type="checkbox"/> NO LOCAL | <input type="checkbox"/> OUTRO: |
| | | <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE |

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

Jose Glauber Mota
Traumatologista
CRM 8122

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Descrição de Valores Entregues:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

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:

018 368 913-50

4 - Nome completo da vítima:

Gilberto Batista de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gilberto Batista de Oliveira

6 - CPF:

018 368 913-50

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

R. Coração de Jesus

11 - Bairro:

Fazenda f. Castelão

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ce

14 - CEP:

60862-222

16 - Tel. (DDD):

(85) 9878-6626

15 - E-mail:

X

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:

REUSO 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 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 (lado esquerdo)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

055

CONTA: 165468 5

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

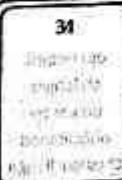
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

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 (bebê vivo)? 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 - 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)

40 - Local e Data:

Porto Seguro, 20 de junho de 2009

Gilberto Batista de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

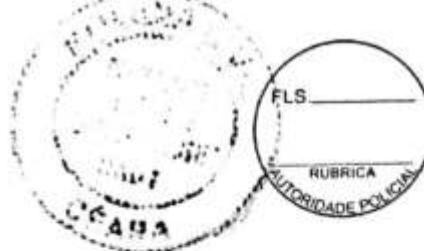
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019839593



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3896 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 14:53:22**
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/01/1983** CPF: **018.368.913-50**
RG: **96006048352** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA**
SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050**
Bairro: **CASTELAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98747-1739**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0237** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BVT5T726EE402780** Renavam: **1039030308** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **VOLVO/MASCA GRANVIA** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

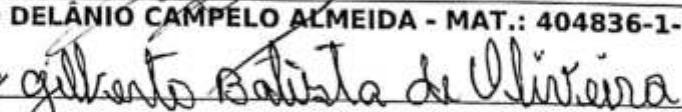
QUE COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. SILAS MUNGUBA QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS PMW-0237, DE NUMERO 124 DA LINHA 501 CONDUZIDO PELA MOTORISTA IRANEIDE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
gilberto Batista de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): 
MCS

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

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: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000165468-5

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, 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



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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000165468-5

Nr. da Autenticação 2AECDD6899CE84EF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA Data do acidente: 19/10/2019 Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO 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 punhos	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-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

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: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

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: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50