



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 **WEB1.20.01430104-0** em **07/09/2020 11:52:04**.
- 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 : 0245145-55.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01430104-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 07/09/2020 11:52:04

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* : 2746661_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2746661_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-18.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOAO GOMES FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001089**

Conta: **0000035208-0**

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



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO GOMES FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JOAO GOMES FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001089**

Conta: **0000035208-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 625.292.423.72 4 - Nome completo da vítima: JOAO GOMES FILHO

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

5 - Nome completo: JOAO GOMES FILHO 6 - CPF: 625.292.423.72
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R: PEDRO GROSSO 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Gribo 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 61600390
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 987241580

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 1089 CONTA: 35208 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (ou nascido)? 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 - _____
 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, CAUCAIA 21.11.19.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190663587
Nome do(a) Examinado(a): Joao Gomes Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Grosso, 50 Casa 5
Grilo Caucaia CE CEP: 61600-390
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 5231240
Data local do acidente: [08/08/2019]
Data local do exame: [12/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDOS

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA E POSTERIOR FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 02/03/2020

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MEMBRO SUPERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO, BLOQUEIO MODERADO DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO E BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO METACARPOFALÂNGICA.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim () Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim () Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS E DO TROFISMO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10864 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2019 10:34:18**
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2019 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R FLORENCIO MATIAS, 222, GRILO - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **GRLO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO GOMES FILHO**
Nascimento: **19/02/1985** CPF:
RG: **96002603440** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CLODOMIRA GOMES DE ANDRADE**
JOÃO GOMES
Endereço: **RUA FLORÊNCIO MATIAS , 222**
Bairro: **GRILO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.600-000**
País: **BRASIL** Telefone: **3342-2175**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE5203** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2ND0910BR207480 Renavam: **331621568** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
JANDERSON GOMES DE ANDRADE Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava a moto já mencionada acima, quando foi desviar de um animal, passou por dentro de um buraco e perdeu o controle da moto, caindo ao solo; que o declarante na queda fraturou o braço esquerdo; que o declarante foi levado ao hospital municipal de Caucaia por uma ambulância do Samu onde foi submetido a uma cirurgia.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Josenildo Moura de Menezes
Escritório de Polícia
369
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

José Gomes da Silva
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

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: 625.292.423.72 4 - Nome completo da vítima: JOAO GOMES FILHO

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

5 - Nome completo: JOAO GOMES FILHO 6 - CPF: 625.292.423.72
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R: PEDRO GROSSO 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Gribo 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 61600390
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 987241580

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 1089 CONTA: 35208 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (ou nascido)? 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 - _____
 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, CAUCAIA 21.11.19.


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **JOÃO GOMES FILHO**, portador do RG n.º 5231240, MTE-CE, inscrito no CPF n.º 625.292.423-72, dia 08/08/2019, às 18h15, Município de Caucaia-CE, na Rua Florêncio Matias, Bairro Grilo, próximo ao DETRAN, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu, _____  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 24 de setembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Nº do Cliente:
6554681

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 190
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3



Para explicar seu andamento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: **004877704**

Rota **CA012U03** Referência **08/2019**
Nome **NAIARA CARLA ALVES SAHPAIO**
Endereço **RU PEDRO GROSSO, 00050 - CS 05, GRILO, 61600-390, CAUCAIA**
Classificação **Residencial Pleno** Emissão **19/08/2019**
Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL** Medidor **4870180-EL0-446**
Ligação **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO

04812E56D029478660941B473990EB44

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LETURA P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
28/07/2019	28/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	10.867	10.640	1,00	227	00	227	0,80828	183,48

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	53,25
CONSUMO	0,80828	183,48
JUROS MORATÓRIOS	-	4,69
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00802	1,82
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03934	8,93
MULTA	-	3,70
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	-	0,82

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	194,23	27,00	52,44
PIS	194,23	1,35	2,61
COFINS	194,23	6,16	11,96

VENCIMENTO **06/09/2019** TOTAL A PAGAR (R\$) **256,69**

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ **064.467.923-95**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.



88,62 emitido 0,00 compensado

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$236,83). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 00006554681.
Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 21/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 20/08

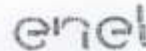
Nº do Cliente: 6554681 Referência: 08/2019 V: [1.0.0.4]
Data de Emissão: 19/08/2019 Total a Pagar (R\$): 256,69
Nº da Nota Fiscal: 004877704 Nº de Controle: 200030026871

8383000002 0 56690031200 3 03002687107 8 00006554681 4



9681143

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



Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CDP 08.105.846-3

Para agilizá-lo atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA | Nº: 029449826

Rota CA02008 - 44200 Referência 10/2019
Nome JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE
SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Emissão 29/10/2019
Medidor 4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2F168040D0E52B570816A00815041A



DATA DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
27/09/2019	29/10/2019	28/11/2019

DADOS DE MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Méd. (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.694	3.592	1.00	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATORIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO 05/11/2019 TOTAL A PAGAR 97,72

CONSUMO CONSCIENTE

CRF/ENEL 029449826-72

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

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCO)	Compensação (%)
39,82	0,00		0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143 Referência: 10/2019 V: [1.0.0.5]
 Data de Emissão: 29/10/2019 Total a Pagar (R\$): 97,72 OIB - 001-47219
 Nº da Nota Fiscal: 029449826 Nº de Controle: 20003772637

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9





ENEL ENERGIA S.A. - Lituja de Energia Electrica Unio e Lituja de Energia
 Rua Padre Vitorino, 150, Fortaleza CE | CEP 60035-040 | 0800 220 0000
 Rua J. J. de Almeida, 100, Fortaleza CE | CEP 60035-040 | 0800 220 0000

Esta é a sua conta de

02/2020

02/2020

6554681

10/03/2020

225,67

17/02/2020

4870180-ELO-446 - CA012U03

4484.0298 CAHO ZE C. 0118.1400.F93.ET1

064.487.223-95

17/02/2020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

18002020

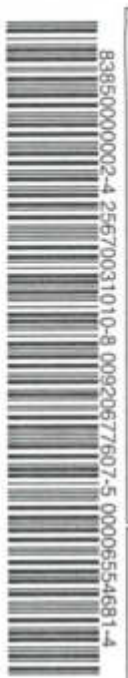
18002020

18002020

18002020

18002020

18002020



838500000002-4 25670031010-8 00920677607-5 00006554681-4



ATENÇÃO: Este documento é uma cópia impressa de uma conta de consumo de energia elétrica. Para obter o documento original, consulte o site www.enel.com.br. Este documento não pode ser usado para fins legais. A ENEL não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido deste documento.

RECEBIMOS

NAIARA CARLA ALVES SAMPAIO
RU PEDRO GROSSO 000050 CS 05
CAUCAIA GRILLO
61600-380

DATA DA ENTREGA
CA012U03
6554681
17/02/2020

ENEL ENERGIA
0200 225 0106
www.enel.com.br

DESCRIÇÃO

Este documento é uma cópia impressa de uma conta de consumo de energia elétrica. Para obter o documento original, consulte o site www.enel.com.br. Este documento não pode ser usado para fins legais. A ENEL não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido deste documento.

LEGENDA DE SIMBÓLOS E ABBREVIATURAS
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.



838500000002-4 25670031010-8 00920677607-5 00006554681-4



DATA DA ENTREGA
CA012U03
6554681
17/02/2020

ENEL ENERGIA
0200 225 0106
www.enel.com.br

DESCRIÇÃO

Este documento é uma cópia impressa de uma conta de consumo de energia elétrica. Para obter o documento original, consulte o site www.enel.com.br. Este documento não pode ser usado para fins legais. A ENEL não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido deste documento.

LEGENDA DE SIMBÓLOS E ABBREVIATURAS
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.

LEGENDA DE UNIDADES DE MEDIDA
 kWh: Unidade de medida de energia elétrica.
 kWh/mês: Consumo médio mensal.
 kWh/dia: Consumo médio diário.
 kWh/hora: Consumo médio por hora.
 kWh/segundo: Consumo médio por segundo.



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

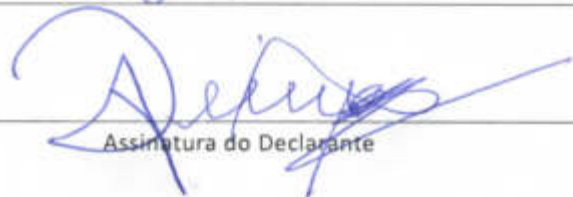
Pelo exposto, eu José Adenilson Luiz de Aguiar
inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.159.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Paulo Gomes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 72,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paulo Gomes Filho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.292.423 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Solitude</u>	Cidade: <u>Caracara</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>61603-070</u>
E-mail: _____	Tel.(DDD): <u>(85) 987241586</u>	

Local e Data: _____ Caracara 21.11.2019



 Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

USB: 144

DATA: 08/08/19 HORÁRIO: 13:45 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS AMBULÂNCIA

PACIENTE: João Gomes Filho

NOME DA MÃE: M^{te} Gláucia Gomes de Andrade

DATA DE NASCIMENTO: 19/02/85 CARTÃO DO SUS: INDIO: () SIM () NÃO

IDADE: 33 SEXO: M F () RG: 5221240 TELEFONE:

ENDEREÇO: Rua: Pedro Guerra n.º 50 CS

BAIRRO: Bulo CIDADE: Caucaia ESTADO: CE FUNCIONÁRIO: [Signature]

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de queda de moto, com trauma em antebraço.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Roto de ulna e rádio lateral por antebraço

CONDUTA: Internamento fratura simples de ulna

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS () RAIOS X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSIN.T.
	<p>Bl. 500ml FV ± 7g/lun Dipirona (2:18/1400) W Propranolol 1p 7m</p>		<p>19/00 Valdenice L. de Freitas COREN-CE 001297615 Téc. de Enfermagem</p> <p>Valdenice L. de Freitas Enfermeira COREN-CE 001297615</p>

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: ___/___ mmhg	PA: ___/___ mmhg	PA: ___/___ mmhg	PA: ___/___ mmhg
T: ___ °C	T: ___ °C	T: ___ °C	T: ___ °C
GLICEMIA: ___ mg/dl	GLICEMIA: ___ mg/dl	GLICEMIA: ___ mg/dl	GLICEMIA: ___ mg/dl
FC: ___ rpm	FC: ___ rpm	FC: ___ rpm	FC: ___ rpm
SpO2: ___ %	SpO2: ___ %	SpO2: ___ %	SpO2: ___ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:
 ALTA INTERNAMENTO TRANSFERÊNCIA ÓBITO – MOTIVO DO ÓBITO:
ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

WU

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

REPÚBLICA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA
GRUPO DE ATENDIMENTO

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joaquim Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
35010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/02/85

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA ANE OU RESPONSÁVEL

Mãe Cláudio Gonçalves de Andrade

11 - TELEFONE DE CONTATO
35 999771644

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Pedro Gomes 50 Opito

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - CDD. SIGE MUNICÍPIO

230370

15 - UF

CE

16 - CEP

61000010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitium de queda de moto às 18:45 com dor em antebraço associado a edema e limitação funcional em membro

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ramamex + exame físico + raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura distal de ulna

21 - CID 10 PRINCIPAL

S52.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Traumato

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS CPF *049383054-81*

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco Ferreira da C. Júnior

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

*Francisco Ferreira Jr.
Ortopedia e Traumatologia*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A SEGURADORA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

CNS CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

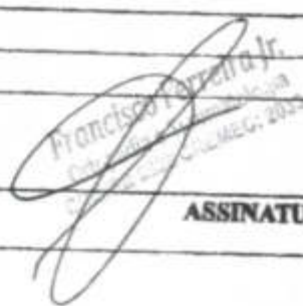
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 35010

NOME: João Gomes Filho					
DATA DE NASCIMENTO: 19.2.85	IDADE: 34	COR:	SEXO:	ESTAD. CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS:					
ENDEREÇO DO PACIENTE: R. Pedro Grosso					Nº 50
BAIRRO: Outeiro	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE:	
NOME DO RESPONSÁVEL:				FONE:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 08, 08, 19		HORA DE EMISSÃO:		FUNCIONÁRIO:	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Do em antebraço (E) após queda de moto					
EXAME FÍSICO: Do, edema, deformidade, limitação funcional em movimento					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Fratura diafragma ulna (E)					
EXAMES COMPLEMENTARES: RX					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura de ulna (E)					
 Francisco Ferreira Jr. Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM: 20154					
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>JOÃO GOMES FILHO</u>			Nº Reg. <u>35010</u>
Data da Cirurgia <u>31/08/19</u>	Enf. <u>TO</u>	Leito <u>415</u>	
Cirurgião <u>Dr. Eduardo</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Dr. Helio</u>	Tipo Anestesia <u>B/O auto no flanco</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura das omes antebraço PE</u>			
Tipo de Operação <u>Osteomontex com placa e parafusos</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<u>Paciente em DDA</u>			
<u>Início de fratura em antebraço PE</u>			
<u>Visualizada face de fratura com calo</u>			
<u>Redução direta + fixação com placa DCP e 6 parafusos</u>			
<u>Sutura</u>			
<u>Início em face ulnar do antebraço PE</u>			
<u>Visualizada fratura com calo</u>			
<u>Redução direta + fixação com placa DCP e 5 parafusos</u>			
<u>Sutura</u>			
<u>curativo</u>			
<u>TALC</u>			

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14846



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR ABELARDO GADELHA DA ROCHA

EVOLUÇÃO TRAUMATOLOGIA 01.09.2019 11:36

LEITO 415

PACIENTE: JOAO GOMES FILHO, ENTRADA EM 08/08/19, POR:

- **FRATURA DA ULNA ESQ**
- **EM USO DE: SINTOMATICOS**
- **COMORBIDADES: NDN**

EVOLUÇÃO: PACIENTE NO 1 DPO EVOLUINDO BEM, ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.
ACEITA DIETA, EXCRETAS PRESENTE.

CONDUTA:

- 1)MANTIDA**
- 2)ALTA**

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14646



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
GASTO DE SALA CIRÚRGICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NOSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

PACIENTE Jairo Gomes Filho CONVÊNIO _____ APT° _____
TIPO DE CIRURGIA _____ TIPO DE ANESTESIA _____
EQUIPE MÉDICA Dr. PRONTUÁRIO _____
SETOR EMITENTE _____

QTDE.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO
	ACIFLEX	00828		PROLENE CARDIOVASCUL	00822		ADRENALINA	00220
	ÁGUA OXIGENADA	00863	01	PROPEL DESCARTÁVEL	00897		ÁGUA DESTILADA 10ML	00228
	AGULHA DE CAPULE	00767		SEDA ISENÇAP	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML	00227
	AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00828		ATROPINA	00272
03	AGULHA DESC. 25x7	00764		SERINGA DE 01ML	00850		BICARB. DE SÓDIO	00282
03	AGULHA DESC. 40x12	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG	02033
	ALCOOL	00870	02	SERINGA DE 05 ML	00849		DIPRIJAN	01731
	ALCOOL IODADO	00890	02	SERINGA DE 10ML	00846		DOBUTREX	01567
	ALGODÃO HIPOFÍLO	00864	02	SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA	00385
	ALGODÃO ORTOPÉDICO	00886		SCAPEX (ML)	00886		DORMONID 15 MG	07299
	ARROELA P/ MONITOR	00869		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE	00383
	ATAD. CREPON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEA'	00888		EFORTIL	00378
05	ATAD. CREPON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE	00388
	ATAD. CREPON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00891		FENTANIL	00396
	ATAD. GESSO 10 CM	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00882		FLUOTHANE	00416
	ATAD. GESSO 15 CM	00776		BUTUPAK AGULHADO	00891		FORANE	08690
	ATAD. GESSO 20 CM	00777		SUTUPAK 8/ AGULHA	00893		HALOTHANO	01383
	BUTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00907		INOVAL	00465
	CAL SODADA	00871		TORNEIRA 3 VIAS	00805		IRUXOL	00472
	CATETER SUBCLAVIA	00788		ULTRA-GEL	00893		KEFLIN 1 GR	00486
	CATETER INTRAVENOSO	00955		VICRIL	00819		KETALAR	00487
	CAT GUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT	01802
	CAT GUT CROMADO	00811		FILTRO CARDIOPLEGIA	01833		MARCAINA 0,5% C/AD	00519
	CAT GUT CROM LACAD	00812		FILTRO LINHA ARTERIAL	01585		MARCAINA 0,5% SIAD	00522
	CAT GUT CROM OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLEGIA	01830		MARCAINA PESADA	00521
	CERA DE OSSO	00823		RESERV. GARDIOTOMIA	00824		NARCAN	01699
	CIDEX (ML)	00314		HEMOCENTRADOR	01835		ORASTINA	00581
	COL. URINA 8 FECHADO	00790		OXIGENADOR MEMBRANA	00825		PAVLON	00594
	COL. URINA UROFIX	00794		OXIGENADOR DE BOLHAS	01667		PROSTIGMINE	00625
	COTONETES	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00851		PROTAMINA	00626
10	COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELICIM 100MG	00625
	COTONOIDES	00873		KIT CÂNUJAS	00823		ROCFERIM 1GR	00647
	DRENO PENROSE	00802		CONJ. TUBOS PARA CEC	01884		RINGER LACTATO	00644
	DRENO DE SUÇÃO	00800		TUBOS P/ TCA	00794		SORO FISIOLÓGICO 0,9%	00676
	EQUIPO SIMPLES	00806		CACHIMBO	00837		SORO GLUCOSADO 0,5%	00674
	ESPARADRAFO	00880		MERCÚRIO PARA TCA	01401		SORO GLUCOFISOL. 9%	00672
	ET BCND	00824		XILOCAÍNA 2% C/ AC	00748		SOL. SALINA 888	01007
	ÉTER (ML)	00881		XILOCAÍNA 2% S/ AC	00781			
	FIO DE MARCAPASSO	00825		XILOCAÍNA GELEIA	00748			
	FITA CARDÍACA	00823		XILOCAÍNA PESADA	00750			
	FORMOL (ML)	00882						
06	GASE SECA	00888						
	GASE ALCOCHOADA	00868						
	GASE FURACINADA	00865						
	GELFOAN	00433						
01	GORRO DESCARTÁVEL	01530						
01	LÂMINA DE BISTURI	00842						
	LIGA UMBILICAL	00884						
	LIG CLIP (CART)	01822						
10	LUXA DESCARTÁVEL	00843		OUTROS				
	MALHA TUBULAR (CM)	00774		ASPIRADOR ULTRASSÔNICO				
	MASC. DESCARTÁVEL	00916		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENA				
03	MICROPOR (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR				
04	MONONYLON	00815		TREPARO				
	MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO				
	MONONYLON VICROCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO				
	POLDIVINE	00886		CAPINOGRAFO				
	PROLENE	00821		ASPIRADOR				
	THINEMBTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA				
	TRACIUM	00702		DEFIBRADOR / CARDIOVISOR				
	TUBETE	00908		BOMBA DE INFUSÃO				
	VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO				
	VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO				
	VASELINA	00726		DIÓXIDO DE CARBONO				
				BISTURI ELÉTRICO				
				MONITORIZAÇÃO				
				INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
				PROTÓXIDO DE AZETO				
				TAXA DE SALA				
				OXIGÊNIO				
				AR COMPRIMIDO				
				OXÍMETRO DE PULSO				
				BALÃO AORTICO				

H.M.A.G.R.	HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA	NOME	IDADE		SEXO	COR		
DATA	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO	URINA			ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO	DENTES			PESCOÇO	ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO	DENTES ATARÁXICOS			CORTICÓIDES	ALERGIA		
ESTADO MENTAL	DENT. 110 x 110			ATARÁXICOS	HOPO TENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FURT. QNTS ANTICÍPTOS SJA.			ESTADO FÍSICO	RISCO		

ANESTESIAS ANTERIORES: SIM

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: 17:00 / 18:30 / 19:00

APLICADAS ÀS: 16:45

EFEITO: SATISFATORIO

Agente Anestésico	02	[Grid]												INDUÇÃO
Líquido		SPTAL												Sat. 7 Excit
CÓDIGO VP Arterial o Puls O - Respiração A x Anestesia O Operação	260	[Grid]												Tosse / Laringe
	240	[Grid]												Espasmo / Lenta
	220	[Grid]												Náuseas / Vômitos
	200	[Grid]												Outros
	180	[Grid]												1. NÃO UTILIZADO Sat. 7
	160	[Grid]												MANUTENÇÃO
	140	[Grid]												2. B. 120ml - 120
	120	[Grid]												3. P. 200ml - 50
	100	[Grid]												4. DEXTROSCOP - 200
	80	[Grid]												5. Cefazolin - 2g
60	[Grid]												6. Midazolam - 2mg	
40	[Grid]												7. Propofol - 100	
20	[Grid]												8. Propofol - 100	
	[Grid]												9. Anestesia Sat. 8	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 1 910

POSICÃO: 6

AGENTES: 7

TÉCNICA: 8

OPERAÇÃO: D. B. V. A. R. O. S.

CIRURGIÕES: D. B. V. A. R. O. S.

ANESTESISTAS: D. B. V. A. R. O. S.

OBSERVAÇÕES: Complicações pré-operatórias, operatórias, e pós-operatórias.

PERDA SANGÜÍNEA

2. SJA

10. clonidina - 2mg

CONDIÇÕES

11. SJA

12. SJA

13. SJA

14. SJA

15. SJA

16. SJA

17. SJA

18. SJA

19. SJA

20. SJA

21. SJA

22. SJA

23. SJA

24. SJA

25. SJA

26. SJA

27. SJA

28. SJA

29. SJA

30. SJA

31. SJA

32. SJA

33. SJA

34. SJA

35. SJA

36. SJA

37. SJA

38. SJA

39. SJA

40. SJA

41. SJA

42. SJA

43. SJA

44. SJA

45. SJA

46. SJA

47. SJA

48. SJA

49. SJA

50. SJA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do acidente: 08/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDOS

Descrição do exame físico: MEMBRO SUPERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO, BLOQUEIO MODERADO DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO E BLOQUEIO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO METACARPOFALÂNGICA.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do acidente: 08/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. PG3,4,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663587

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO GOMES FILHO

Data do acidente: 08/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. PG3,4,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA PAGAMENTO NO VALOR DE R\$ 2.362,50.LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

@1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAO GOMES FILHO, brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão Motorista, residente e domiciliado à Rua R. PEDRO GROSSO, nº 50, bairro GRILÓ, Município de CAUCAIA, Estado de(o) CEARA, Cep. 61600-000, portador(a) do Rg nº 03197985580, SSP/CE e CPF nº 625.292.423.72.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o ° 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOAO GOMES FILHO, ocorrido em 08/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo: INVALIDEZ PERMANENTE.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

..... CAUCAIA, de NOVEMBRO de 2019.



Assinatura: [assinatura]

Nome do Outorgante: JOAO GOMES FILHO

CPF nº 625.292.423.72



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
 TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.736.857/0001-42
 Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
 Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura
 Indicada de **JOAO GOMES FILHO**, Dou Fé **Caucaia-CE**, 20
 de novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Luana Soares da Silva Escrevente Autorizada

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 Luana Soares da Silva
 Escrevente Autorizada



Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

JOAO GOMES FILHO : 625.292.423-72

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: 28/11/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Número do Sinistro: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOAO GOMES FILHO : 625.292.423-72

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: 02/03/2020
Nome: JOAO GOMES FILHO
CPF: 625.292.423-72

JOAO GOMES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420966/19

Número do Sinistro: 3190663587

Vítima: JOAO GOMES FILHO

CPF: 625.292.423-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO GOMES FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/02/2020
Nome: JOAO GOMES FILHO
CPF: 625.292.423-72

JOAO GOMES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS