



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WITC.20.00170376-5** em **04/09/2020 15:27:19**.
- 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 : Itapipoca
Processo : 0070139-59.2019.8.06.0101
Protocolo : WITC.20.00170376-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 04/09/2020 15:27:19

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2748224_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2748224_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2748224_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-23.pdf
Documentação : 2748224_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-33.pdf
Documentação : 2748224_CONTESTACAO_Anexo_02 - 34-45.pdf
Documentação : 2748224_CONTESTACAO_Anexo_02 - 46-47.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITAPIPOCA/CE

Processo: 00701395920198060101

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/04/2018**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos totalmente unilaterais de terceiros para sua própria conveniência. Perceba ainda Exa., que há divergências entre a data do acidente informada na inicial e a contida no r. documento.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

⁴SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹⁰

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁸“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰art.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPIPOCA, 4 de setembro de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **ITAPIPOCA**, nos autos do Processo nº 00701395920198060101.

Rio de Janeiro, 4 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515350

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 1

Agência: 000000374-3

Conta: 0000056823-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



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: 042.633.523-60 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.633.523-60

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO 9 - Número: 2388 10 - Complemento:

11 - Bairro: FLORES 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000

15 - E-mail: macieira2016@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 88 9 96282326

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)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0374 3 CONTA: 56 823 6
(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 a devida 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, ITAPIPOCA-CE 07/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Fº EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/04/2018 - Autoatendimento - 11:28:26
037470713 0688

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	FRANCISCO E S DOS SANTOS
AGENCIA:	0374-3
CONTA:	56.823-6
VALOR *	
NR. ENVELOPE	2.455.972.766

* Acolhido em: 03/04/2018, na Agência 0374-3.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Aldeota - Fortaleza - CE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190515350
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Ednardo Sousa dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Barroso, 2388
das Flores Itapipoca CE CEP: 62504-366
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019177275
Data local do acidente: [01/01/2018]
Data local do exame: [20/09/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA NA FACE COM PENETRAÇÃO DE LASCA DE MADEIRA EM RAGIÃO DE MUCOSA LABIAL E FRATURA DE MANDÍBULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR DIREITA. LIMPEZA CIRÚRGICA, REDUÇÃO DE FRATURA SEM OSTEOSSÍNTESE. ANTIBIOTICOTERAPIA.
Complicações: INFECÇÕES RECORRENTES
Data da Alta: 02/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DE ATM COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA RESIDUAL PELA PERDA PARCIAL DA AMPLITUDE BUCAL
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% 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.

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL SÃO CAMILO E LAUDO DE AII REFERE FRATURA DE MANDÍBULA

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE Ocorrência N° 466 - 14967/2018

435500

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 14:24:48**Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2018 15:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **ITAPIPOCA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO À PISTA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS**Nascimento: **14/01/1990** CPF: **042.633.523-60**RG: **2006019177275** Órgão Emissor: **SSPCE**Filiação: **MARIA SONIA DE SOUSA****MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS**Endereço: **RUA CHICO VIRIATO., 1021 CASA**Bairro: **ÁREA NOBRE**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

UF:

0305893-19
3190515350
545646CEP: **62.500-000**Telefone: **(88) 9602-5988****Noticiante(s)**Nome: **MARCUS PAULO MENDES DE SOUSA**Nascimento: **29/06/1993** CPF: **061.232.623-35**CNH: **06046140309** Órgão Emissor: **DETRAN**Filiação: **FRANCISCA RIOMAR MENDES DE LIMA SOUSA****JOSE AIRTON RODRIGUES DE SOUSA**Endereço: **RUA INOCENCIO BRAGA , 818**Bairro: **CENTRO**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147Telefone: **(88) 9623-3337****Histórico**

Narra que na data, hora e local acima descritos, trafegava na condição de condutor da motocicleta, HONDA/CB 250F, COR:VERMELHA, FAB/MOD:2016, PLACA:PNH8379, CHASSI:9C2MC4400GR023131, registrada em nome de Emanuel Teixeira Pinheiro, conduzindo como passageiro FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS, quando ao passar por um buraco, perdeu o controle da referida motocicleta indo ambos, condutor e passageiro, ao solo; Que em decorrência da queda, sofreu apenas arranhões enquanto FRANCISCO EDNARDO sofreu lesões graves sendo levado por ele mesmo, o declarante, ao Hospital Maternidade São Vicente de Paulo conforme prontuário de atendimento de nº042381 e atendimento de nº0018, em anexo. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direto, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

MARCUS PAULO MENDES DE SOUSA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 1496 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucas Paulo Mendes da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALINE VASCONCELOS DE OLIVEIRA - MAT.: 30085612



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
042.633.52360 FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.633.523-60

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO 9 - Número: 2388 10 - Complemento:

11 - Bairro: FLORES 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000

15 - E-mail: MACIELER2016@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 88 9.96282326

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)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0374 3 CONTA: 56823 6

(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 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, ITAPIPOCA-CE 07/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0018	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA	Idade 27 Ano(s)		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018	Hora 20:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAVYSON CHAVES FARIAS	CRM/UF 16745/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário DAVI DE LIMA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)
				140 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 01/01/2018 20:31

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vítima de acidente de moto(SIC). relata ter batido a cabeça relata epistaxe apos acidente.

CEL

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

01/01/2018 21:32:58h Responsável: DAVYSON CHAVES FARIAS CRM-CE 16745

PCT, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + OU - 6 HORAS, APRESENTANDO SANGRAMENTO EM LÁBIO SUPERIOR.

AO EXAME: BEG, LOTE, GLASGOW 15

OBS : PCT NÃO DESEJA REALIZAR SUTURA

CD: VPM



A

Dr. Davyson Chaves Farias - CRM: 16745
Médico
CRMCE 16745

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

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: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

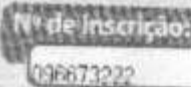
BANCO: 001

AGÊNCIA: 00374-3

CONTA: 000000056823-6

Nr. da Autenticação 57916BF22B4ECBC9

0044-5205



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Maciele Rodrigues Regerio inscrito (a) no CPF 013.999.363, 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.633.523/60, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.633.523/60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO

☒ 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-CAP. MARCEL ALVES</u>		Número <u>77</u>	Complemento
Bairro <u>alto alpin</u>	Cidade <u>Itapipoca</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>62500-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>881996282326</u>	Telefone celular (DDD) <u>881994420704</u>

Itapipoca, 07 de abril de 2018
Local e Data

Maria Maciele Rodrigues Regerio
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO,

RG nº 2009010116804 data de expedição 24/02/2016

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 603.509.713-82, com domicílio na cidade de ITAPIPOCA, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA JOÃO BATISTA BARROSO, nº 2388

complemento FLORES, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS, cujo o condutor era MARCUS PAULO MENDES DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA/CB 250 F TWISTER

Ano: 2016

Placa: PNH 8379

Chassi: 9C2NC4100GR023131

Data do Acidente: 01.01.2018

Local e Data: ITAPIPOCA - CE 29/03/2018

x Emanuel Teixeira Pinheiro
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

+ Marcus Paulo Mendes de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Dr. Dilermano Fernandes
CLÍNICA MÉDICA E MEDICINA DO TRABALHO
Médico MD - CREMEC- 9670

ATESTADO

*Fraancs Ednardo Sarr dos
Sarrs*

*Segto Bono 466-1496-2018
Sofrendo de Noto Odo ..
Segant em Lado Suparo 6-15,
e patura de coudelo e mandibular,
no mudo refre dor au distigace
afaluar amiteuto, pode de fexa na ma lta.*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Data: 02/08/019


Assinatura do Médico - CREMEC

Av. Senador Virgílio Távora, N° 001 - Alto São Francisco - Trairi-CE
☎ (85) 99815.4035 / (85) 99815.4037

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0018	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA	Idade 27 Ano(s)		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018	Hora 20:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAVYSON CHAVES FARIAS	CRM/UF 16745/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário DAVI DE LIMA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)
				140 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 01/01/2018 20:31

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vítima de acidente de moto(SIC). relata ter batido a cabeça relata epistaxe apos acidente.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

01/01/2018 21:32:58h Responsável: DAVYSON CHAVES FARIAS CRM-CE 16745

PCT, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + OU - 6 HORAS, APRESENTANDO SANGRAMENTO EM LÁBIO SUPERIOR.

AO EXAME: BEG, LOTE, GLASGOW 15

OBS : PCT NÃO DESEJA REALIZAR SUTURA

CD: VPM



Dr. Davyson Chaves Farias - CRM: 16745
Médico
CRM/CE 16745

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0021	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE			Idade 27 Ano(s)
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 92067088
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/01/2018	Hora 00:02	Convênio SUS	Matrícula	Cid
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA	CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário ANTONIO EURANI CAETANO DE AZEVEDO			
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	---------------------	----	-----	--

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
---------------	-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Prém

020307-22-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0022	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE		Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjugue		Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 17/01/2018	Hora 11:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO		CRM/UF 14570/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário FRANCISCA ELISANGELA TEIXEIRA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais		Peso (kg)		Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
					36,3	88		124 X 68

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 17/01/2018 12:14

Responsável pela Classificação: FRANCISCA ELISANGELA

Relatório:

PACIENTE REFERENCIADO DA UPA COM RELATOS DE ACIDENTE COM IMPACTO DE FACE NO CHÃO, HA 16 DIAS, COMPARECI HOJE COM ABCESSO EM FACE, HOVE ATENDIMENTO, MEDICADO E SEM MELHORA, NEGA PROBLEMAS DE SAUDE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SPO2 98

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pct com edema e face



ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO - CRM: 14570

Francisco Ednardo Sousa dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Francisco Emanuel Siqueira Filho RG: _____

Prontuário Nº _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 14/10/1996 Ocupado: emprego informal

Endereço: Rua do Sol Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Problema respiratório

1ª consulta em fase de diagnóstico (laboratório de PA)

Resultado de Exames: 4 exames feitos bem, os outros 12 em fase de

de espera

Conduta já Realizada: _____

Impressão Clínica: Processo em fase

Francisco T. de Azevedo
CPF: 152.100.844-91
Clínica Geral

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Atendimento Profissional: Clínica

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1ª SET-2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 306 - Lj. 147

Fortaleza - CE

CID: _____

CID: _____

CID: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 306 - Lj. 147

Fortaleza - CE

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0025	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIOCA/CE		Idade 28 Ano(s)	
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjugue		
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/01/2018	Hora 22:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA		CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário FRANCISCO GILDASIO CORPE DE SOUSA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
---------------	-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

plm
cu
qu
dc
in
sh
Co: m u m

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

f

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

- FCO EDNARDO SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0029	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge		
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2018	Hora 18:51	Convênio SUS	Matrícula	CID A 25
Profissional do Atendimento PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS	CRM/UF 13367/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário JOSELLE ALVES DE SOUSA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,2	P (bpm) 98
				R (mpm)
				PA (mmHg) 120 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 01/02/2018 18:55

Responsável pela Classificação: JOSELLE ALVES DE SO

Relatório:

Cliente com queixa de edema em face após acidente de motocicleta há 01 mês, nega alergias, DM, HAS e outras queixas.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Alcance de Face
CD: queixa de edema

Paulo Eloi L. C. Matos
CRM 13367

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - Fortaleza / CE

f

FRANCISCO EDNARDO SOUS

PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS - CRM: 13367

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017004

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8003.478.4485-91

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/01/1990

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42381

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA SONIA DE SOUSA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA CHICO VIRIATO, 1021, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ITAPIPOCA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9208-7088

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2305405

18 - UF

CE

19 - CEP

82500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM QUE HOUVE PENETRAÇÃO DE UMA LASCA DE MADEIRA NA REGIÃO DA MUCOSA LABIAL. SOBREVEIO ENTÃO ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR À DIR., MESMO COM VÁRIOS TIPOS DE ATB (PENICILINA BENZATINA; AZITROMICINA, CIPROFLOXACINO). VEM APRESENTANDO FEBRES REFERIDAS E CEFALÉIAS DIÁRIAS. REALIZOU DIVERSAS RADIOGRAFIAS (INCLUSIVE ODONTOLÓGICAS) QUE NÃO EVIDENCIARAM CORPOS ESTRANHOS RADIOPAÇOS.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM REG; AAA; NORMOCORADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE

HD: ABSCESSO DE FACE SOBRE FRATURA DE ÂNGULO DA MANDÍBULA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - Fortaleza / CE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

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

ANAMNESE + EX. FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Excesso do Boco

24 - CID 10 PRINCIPAL

K122

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

K122

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS

29 - CLÍNICA

Medico

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elativo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

703606035378236

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030308078

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. RAYGO CESAR UCHOA PEREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/01/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raygo Cesar Uchoa Pereira

Médico

CREMEC: 16.901

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raygo Cesar Uchoa Pereira
Médico Auditor SSM Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS				Prontuário/Atendimento: 042381/0026	
Data de Nascimento: 4/01/1990		Local: ITAPIPOCA		País Nacionalidade: Brasil	
Idade: 28 Ano(s)		Estado Civil: Solteiro(a)		Religião: CATÓLICA	
Raza/Cor: Branca		Etnia: 		CNS: 89.8003.478.4485-91	
Documento(s): 2006019177275		Município: ITAPIPOCA-CE		CEP: 62500-000	
Endereço: RUA CHICO VIRIATO		Número: 1021		Bairro: ZONA RURAL	
Profissão: AUTONOMO		Empresa: 		Fone Empresa: 	
Telefone: (88) 9206-7088		CPF do Responsável: 		Fone Responsável: 	
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		Cônjuge: 		Mãe: MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	
Indereço Responsável: CHICO VIRIATO, 2021		Pai: MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe: MARIA SONIA DE SOUSA	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 23/01/2018 00:00		Quarto/Leito: 062-0003		Aposento: ENFERMARIA	
Convênio: SUS		Matrícula: 		Clínica: MEDICA	
Médico: TIA CESAR UCHOA PEREIRA		CID Principal: K12.2 Celulite e abscesso da boca		Setor: EMERGENCIA ADULTO	
Observação: 		CID Complementar: 		Dias: 0	
Usuário: TELMA MACHADO		Procedimento SUS: 0404020771 - RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA		Guia: 	
Data Saída: 25.01.2018		Hora: 		CRM: 16901	
Condição da Saída: Alta Melhorada		Usuário Saída: 		Sisprenatal: 	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

ITAPIPOCA, 23 de janeiro de 2018.

FRANCISCO EDNARDO S. DOS SANTOS
Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: TELMA MACHADO

Assinatura do responsável

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Carteirão 042381	Atendimento 0023	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s)		Identidade: 2006019177275	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/01/2018	Hora 19:07	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA	CRM/UF 16901/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA			

Liberação	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
-----------	---------------------	--

Signais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 37,4	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg) 120 X 90
----------------	-----------	-------------	----------------	---------	---------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 22/01/2018 19:51

Responsável pela Classificação: MILENA FREIRES CAMP

Relatório:

Cliente referenciado da UPA, com história de acidente há de moto há 22 dias sem capacete, relata que no dia do acidente bateu com o rosto no chão e entrou um corpo estranho pelo lábio lado D (PONTA DE PAU), evoluindo com edema em região da face lado D, relata também que já fez uso de antibiótico, que saiu secreção com pú de odor fétido pelo orifício onde entrou o corpo estranho, mas que depois de + ou - 10 dias começou a ficar edemaciado novamente, nega alergia a medicação, HAS e DM.

OBS: CLIENTE RELATA FEBRE TODAS AS NOITES DE 7 DIAS ATÉ O DIA DE HOJE, RELATA TAMBÉM QUE FOI REALIZADO VÁRIAS RADIOGRAFIAS DA FACE, MAS QUE NÃO DEU PRA VER NADA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

22/01/2018 20:29:20h Responsável: **TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA CRM-CE 16901**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM QUE HOUVE PENETRAÇÃO DE UMA LASCA DE MADEIRA A TRAVESSIA DA MUCOSA LABIAL. SOBREVEIO ENTÃO ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR À DIR., MESMO COM VÁRIOS TIPOS DE ATB (PENICILINA BENZATINA; AZITROMICINA, IPRROFLOXACINO). VEM APRESENTANDO FEBRES REFERIDAS E CEFALÉIAS DIÁRIAS. REALIZOU DIVERSAS RADIOGRAFIAS (INCLUSIVE ODONTOLÓGICAS) QUE NÃO EVIDENCIARAM CORPOS ESTRANHOS RADIOPACOS.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM REG; AAA; NORMOCORADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE

DIAGNÓSTICO: ABSCESSO DE FACE

DESEJO: SOLICITO LAB; USG DE FACE;



Dr. Tiago Cesar Uchoa Pereira
Médico
CREMEC: 16.901

TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA - CRM: 16901

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital HMSVP Clínica médica Enf. Amag. Sala 02 Leito 03
Paciente Francisca Ednarda Sousa dos Santos Matrícula 42381

Diagnóstico Fx exposta de Mandíbula + Alveolo Bucal

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração Paciente refere queda de mola
em que uma placa de madeira feriu sua
boca; apresentou-se neste hospital e

História da Moléstia Atual impossível de alinhar na nu-
caja jugal e dificuldade em abrir a
boca

do Rx de face: Fx de ângulo
direito da mandíbula

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Hábitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2010
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐ Óbito ☐

Dr. Tiago Cesar Echôa Pereira
Médico
CREMEC: 16.901

Data

Assinatura

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0019	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE			Idade 27 Ano(s)	
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088		
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS		CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/01/2018	Hora 20:53	Convênio SUS	Metricula	CID
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR		CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário DAVI DE LIMA		

Observação	
Sala	
Data/Hora Liberação 03/01/2018 22:40	Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg) 120 X 80
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 03/01/2018 21:08

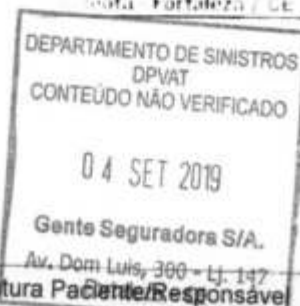
Responsável pela Classificação: ANTONIO EURANI CAET

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vítima de acidente de moto há 3 dias, apresenta edema em face e dificuldade em movimentar o braço E, 97% em ambiente, FC 108bpm.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

03/01/2018 22:40:36h Responsável: FLAVIO MENDES SALES JUNIOR CRM-CE 18153
PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 03 DIAS SEM HISTÓRIA DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA VOMITOS. NEGA RINORRAGIA E NEGA OTORRAGIA. PACIENTE APRESENTA DOR À PALPAÇÃO E EDEMA IMPORTANTE EM HEMIFAXCE DIREITA. ESTAVEL, CONSCINETE E ORIENTADO.
CD: VER PRESCRIÇÃO MEDICA



Flávio Mendes

CREMEC: 18.153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: Itapipoca
Nome: Ferreira Eduardo S. dos Santos Prontuário Nº 42381
Sexo: M (X) F () Data da Nascimento: 14/10/1990 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente automobilístico envolvendo carro com freio a vácuo com falha; Periclitado com retorno de 42 ml e antibiótico, porém sem febre. Te com fratura de zygomatic por deslocamento.
Resultados de Exames: _____

Consulta já realizada: Antibiótico e drenagem por furar

Impressão Diagnóstica: _____

☐ CheckBox

Assinatura do(a) encaminhado(a) Nº registro

[Assinatura] Função
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia

15/12/18
Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: () Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Análise de Imagem Profissional: Dr. Marcelo Silva
Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____



CID: _____

CID: _____

CID: _____



Proposta de consulta para seguimento: _____

Problema justificou a referência? () Sim () Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura do(a) consulte Nº Registro
Utilize também como resumo de alta.

Função

Data

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CÓDIGO: 16150038968

16/02/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: 705707432678130 - FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA SONIA DE SOUSA

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 14/01/1980 - 28 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA SONIA DE SOUSA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: CHICO VIRIATO, Nº 2021

BAIRRO: AREA NOBRE

ESTADO DE RESIDÊNCIA: CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230640 - ITAPIPOCA

PLANTONISTA

MÉDICO: 980016289846014 - PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS

DDD/TELEFONE PARA CONTATO: 88 - 36315100

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

SOLICITAÇÃO

NÚMERO: 16150038968

SITUAÇÃO: INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 15/02/2018 - 21:47

DATA-HORA RESERVA: 15/02/2018 23:31

PROFISSIONAL: 980016289846014 - PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2562066 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0404020607-REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSINTESE.

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0404020607-REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSINTESE.

CLÍNICA: OBSERVAÇÃO

CLÍNICA COMPLEMENTAR: NÃO INFORMADO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO: URGÊNCIA

CENTRAL DE REGULAÇÃO: CENTRAL MACRO FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S324 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS:

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, EVOLUINDO COM HEMATOMA INFECTADO EM FACE, PUNCIONADO COM RETIRADA DE E ANTIBIOTICOTERAPIA, PORÉM SEM SUCESSO, TC COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO SEM DESENVOLVIMENTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

GLASGOW 15 PA 120/80 FC 99 FR 22 SPO2 100% EM AR AMB

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CEDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Diagnóstico:

Enfermaria:

Leito:

DADOS CLÍNICOS

DATA	HORA
------	------

18.02.12

infecção

infecção

DADOS CLÍNICOS

BMF: Paciente com histórico de trauma em face em mês janeiro de 2018, relatou formação de abscesso em região abordada por 02 vezes durante o período a tri o presente momento. Suspeita de presença de corpo estranho em região. Exclui orientado, eupneico e afebril. Ao exame físico apresenta edema endocido em região infratemporal (D) se estendendo p/ região anterior de face (D), presença de dreno em fundo de sulco vestibular superior (D) com relato de discreta saída de secreção purulenta.

CD: Aguarda melhora p/ posterior abd
Remoção de dreno em 18/02/18.

Dra. Luiza Ciertiani
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
Residente IJE - CRO/CE 9674

Alto + Ambrosio + Norcia
F. & Philippi + Kersch

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 APR 2018

Comte Seguradora S/A
Av. Dom. José - 300 - Lapa 147
Rio de Janeiro - Fortaleza - CE

12 ABR 2018

to S gu adora S/A

Av. ... 147

Cidade ... CE

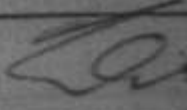
DADOS CLÍNICOS

BME: Paciente vítima de trauma em face por volta do mês de janeiro, no decorrer deste período até o momento houve 02 episódios de formação de abscesso em nenhuma região abordada. Presença de corpo estranho como etiologia? Paciente com aumento de volume endurecido em região infratemporal (D), presença de fistula intra-oral sem saída de secreção purulenta. Foi realizada punção aspirativa intra e extra-oral sem saída de coleção purulenta, incisão em região de fundo de vestibulo em região de mola (D) e drenagem dos tecidos nesta região de incisão e através do canal fistuloso em região bucal.

CD Internação

② Hematológico

Obs: instalação de dreno intra-oral em região de fundo de vestibulo em região de mola

 Dra. Fabia Cleriani
Cirurgia e Traumatologia
Orço - Marão - Brasil
Telefone UF - 0800 9674

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - J. 147

Cidade ... CE

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

NOME: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA: 23/01/2018
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Realizados cortes axiais e coronais dos seios da face, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Volumoso aumento de partes moles com focos hiperdensos em permeio em hemiface direita, adjacente a mandíbula (espaço mastigatório) com borramento e perda dos contornos do músculo masseter (hematoma muscular e partes moles).
- Discreto traço de fratura sem desalinhamento ósseo em processo zigomático direita.
- Não há sinais de fraturas na mandíbula ou luxação das articulações temporomandibulares.
- Órbitas e globos oculares de forma, topografia, dimensões e densidades normais.
- Nervos ópticos de trajetos e calibres dentro da normalidade.
- Musculatura extrínseca de espessura e estrutura normais.
- Seios paranasais bem aerados, de configuração anatômica, paredes regulares, sem sinais de espessamento mucoso ou conteúdo líquido.
- Leve desvio do septo nasal a direita.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 02.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

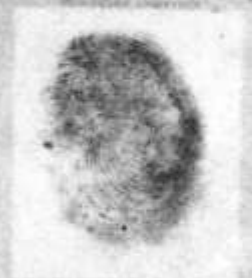
162.42570.04-2

1334236

003-0

CE

FRANCISCO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aeroporto - Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Araçá - Fortaleza / CE



FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO.....: MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS
MARIA SONIA DE SOUSA

NASCIMENTO.....: 14/01/1990 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE

DOCUMENTO.....: C. I. 2006019177275 21/01/2009 SSPDS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 042.633.523-60

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/CE - 23/04/2009

FORMATURA DO EMPREGADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

INSC.

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IFF
2003010021235 SSP CE

CPF
013.979.363-12 DATA NASCIMENTO
12/08/1985

FILIAÇÃO
**MANOEL RAIMUNDO
ROGERIO
MARIA DA PAZ PERREIRA
DE SOUSA ROGERIO**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

Nº REGISTRO
05767497207

VALIDADE
31/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
26/04/2013

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04-SET-2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Maria Maciele Rodrigues Rogério

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ITAPIPOCA, CE

DATA EMISSÃO
11/08/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

**88886861566
CE160696500**

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496696347



PROIBIDO PLASTIFICAR
1496696347



Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza, CE

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 0129649686
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

POSSE VIA COD. RENAVAM INTER. EXERCÍCIO
01 1103272591 0000000000 2016

EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO

FORTALEZA, CE

PLACA ANUAL RENAVAM PLACA
60350971352 ENH6379

PLACA ANUAL RENAVAM PLACA
R-CE 9C2M24400CR029131

ESPION TP-3 COMUTADOR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
603629 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016-2017

MARCA/MODELO		ANO/FAB.		ANU/VIC.	
HONDA CB 250F TWISTER		2016		3619	
CNPJ/CPF/CES		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
2P/QCV/24SCC		PARTIC		VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VEND./COTAS	
***** **		**/**/**		1 *****	
FADALTRA		PARCELAMENTO/COTAS		2 *****	
***		***** **		3 *****	
PREÇO TÁNFATIO (R\$)		IQF IRE		PREÇO TOTAL IRE	
266.75		1.11		292.01	
				DATA DE PAGAMENTO	
				00/00/000	
AL FID. BANCO HONDA S/A					

FORTALEZA					
28/11/20					

132 2691		HONDA CB 160F TWISTER	
2016	03	9C2MC4400GR029131	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
129.04	14.34	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		143.38	
4.15	1.11	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE COTAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	00/00/0000	
PROPRIETÁRIO LOTE/DEP. 132 2691 MOTOR: MC44E05031312 132 2691 0001 04 www.seguradora1.net.com.br			

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lapa 147
Aldeota - Fortaleza, CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
Pessoa Física do Estado do Ceará
Cadastrada no Sistema de Registro de Identificação

PROIBIDO PLASTIFICAR



Emanuel Teixeira Pinheiro

Assinatura do Titular

Polegar Direito



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2009010116884

DATA DE EMISSÃO: 24/02/2016

NOME: EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO

FILIAÇÃO: MANOEL PINHEIRO RODRIGUES

ROSANA BRITO TEIXEIRA

NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE

DOC. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 58.137 FOLHA: 257

LIVRO: A-49 ITAPIPOCA - CE

CPF: 683.509.713-82

DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1994

2 VIA

LE Nº 7.116 DE 29/08/03

P: 1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO

Pelo presente, eu, FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS,
brasileiro(a), portador do RG 200609177275 SSP/CE e CPF 042.633.523.60
residente e domiciliado RUA: Chico VÍRIATO
- cidade de Itapipoca /CE. DECLARO para os devidos fins que os
documentos entregues para a solicitação do Seguro DPVAT são verdadeiros e sou
legítimo portador deles.

Sem mais assino e dou fé da veracidade do mesmo.

Itapipoca, 03 de janeiro de 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A Av. Dias Lins, 300 - Loja 147 Forteza - Fortaleza / CE

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Declarante



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 043.633.523-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CHICO VIRIATO
Nº 1021 COMPLEMENTO Casa BAIRRO ÁREA NORTE
CIDADE ITAPICUA UF CE CEP 62500-000
E-MAIL Francisco.Ednardo.Sousa@brasil.com TELEFONE (88) 996282326

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A BRUTALIDADE DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/04/2018
IDENTIDADE 200609177275
ASSINATURA FRANCISCO EDNARDO SOUSA
DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Alto da Fortaleza - CE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305893/19

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANT

CPF: 042.633.523-60

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDNARDO
SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS : 042.633.523-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Marilangela Lima Ferreira
CPF: 810.099.413-72

Marilangela Lima Ferreira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E CREFIS - SOCIAL

PERCELA FORNENSE DO ESTADO DO CEARÁ

CODIFICAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO RÍMATA E PERCELA RÍMATA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2009010116804

24/02/2016

DATA DE EMISSÃO

NOME: EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO

PLACAO: MARCEL PINHEIRO RODRIGUES

NOME DO BIZITO: ROSANA BRITO TEIXEIRA

NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE

DOC. ORIGINAL: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 58.137 FOLHA: 257

LIVRO: A-49 ITAPIPOCA - CE

CPF: 603.509.713-82

DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1994

P.: 1

PROIBIDO PLASTIFICAR



Polegar Direito



Emanuel Teixeira Pinheiro

LE Nº 7.116 DE 20/08/83

2 VTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 347
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 347
Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO

Pelo presente, eu, FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS,
brasileiro(a), portador do RG 2006019177275 SSP/CE e CPF 042.633.523.60
residente e domiciliado RUA: Chico VÍRIATO
- cidade de Itapipoca /CE. DECLARO para os devidos fins que os
documentos entregues para a solicitação do Seguro DPVAT são verdadeiros e sou
legítimo portador deles.

Sem mais assino e dou fé da veracidade do mesmo.

Itapipoca, 03 de janeiro de 2017



FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

Declarante

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 042.633.523-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CHICO VÍRIATO
Nº 1022 COMPLEMENTO COXA BAIRRO AREA NORTE
CIDADE ITAPICICA UF CE CEP 62.500-000
E-MAIL marcelo_rachiguiz@genseg.com TELEFONE (88) 996282326

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

12 ABR 2018

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/04/2018
IDENTIDADE 2006019177225
ASSINATURA FRANCISCO EDUARDO SOUSA
DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515350 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE COM PENETRAÇÃO DE LASCA DE MADEIRA EM RAGIÃO DE MUCOSA LABIAL E FRATURA DE MANDÍBULA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DE ATM COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/09/2019

Conduta mantida:

Observações: FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL SÃO CAMILO E LAUDO DE AIH REFERE FRATURA DE MANDÍBULA

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515350 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR.
FRATURA DA MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P15

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTINÚO NÃO CLASSIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 308 - Lapa 147 Bela Vista - Fortaleza - CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 3006019177275 CPF: 012.633.533-60
 Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO Bairro: FIDRES
 Cidade: ITAPIROCA CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMA
 Identidade: 3003010021235 CPF: 013.979.363-12
 Endereço: RUA CAP. ANTONIO MANOEL ALVES Bairro: FAZENDA NOVA
 Cidade: ITAPIROCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa recba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIROCA - CE, 29 de MARÇO de 2018

FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECONHEÇO por autenticidade de veracidade a(s) firma(s) <u>Francisco Eduardo Sousa dos Santos</u>
<u>Franciane Cinthia Frota</u> Assinatura de Verificação Itapiroca/CE <u>031249012</u>
FRANCIANE CUNHA FROTA - Substituta AMELADE SOUSA FROTA - Autenticadora LUIZ CARLOS DE SOUSA FROTA - Autenticador

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

04 SET 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE
PROCURAÇÃO PARTICULARGente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE**OUTORGANTE (Beneficiário)**

Nome: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 2006019177275 CPF: 042.633.523-60
 Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO Bairro: FIORES
 Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMA
 Identidade: 2003010021235 CPF: 013.979.363-12
 Endereço: RUA CAP. ANTONIO MANOEL ALVES Bairro: FAZENDINHA
 Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIPOCA - CE, 29 de MARÇO de 2018

F^{co} EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305893/19

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANT

CPF: 042.633.523-60

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDNARDO
SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS : 042.633.523-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Marilangela Lima Ferreira
CPF: 810.099.413-72

Marilangela Lima Ferreira