

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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

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

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

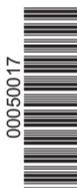
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200027581**

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000005441-0**

Conta: **000009631-8**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

32.00027581

3 - CPF da vítima:

046.500.393-12

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

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

5 - Nome completo:

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

6 - CPF:

046.500.393-12

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA: HONORINA MOREIRA LIMA

9 - Número:

511

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

GUITERIANOPOLIS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.650-000

15 - E-mail:

ADRIANOSEGUROS.2011@LIVE.COM

16 - Tel.(DDD):

(88) 99803-7143

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: BRADESCO

 AGÊNCIA:

 CONTA:

AGÊNCIA: 05441

CONTA: 9631

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

 28 - Vítima Sim
 teve filhos? Não

 29 - Se tinha filhos, informar
 Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou
 nascituro/viúvado?

 Sim

 Não

 31 - Vítima
 teve irmãos?

 Sim

 Não

 32 - Se tinha irmãos, informar
 Vivos: Falecidos:

 Sim

 Não

 33 - Vítima deixou
 pais/avós vivos?

 Sim

 Não

NÃO ALFABETIZADO

34

 Importante
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 para assinatura

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 538 - 553 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/12/2019 14:33:59**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2019 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV LAURINDO GOMES, CENRO - QUITERIANOPOLIS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE**
Nascimento: **25/05/1983** CPF: **046.500.393-12**
REGISTRO CIVIL: **2230** Órgão Emissor: **CARTORIO** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CAVALCANTE GRACIA**
FRANCISCO GONÇALVES GRACIA
Endereço: **RUA ONORINA MOREIRA LIMA**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORR6171** Uf: **CE** Município: **QUITERIANOPOLIS** Chassi: **9C2KD0550DR206593** Renavam: **506303969** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERDE** Proprietário: **ABIMAELO CAVALCANTE NUNES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e narra que: sofreu acidente quando estava pilotando a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO DE FABRICAÇÃO 2012 E MODELO 2013, DE COR VERDE, COM PLACA ORR6171/CE, MOTO ESTA DE PROPRIEDADE DE ABIMAELO CAVALCANTE NUNES, por volta das 09:00h do dia 08/01/2019, quando na avenida Laurindo Gomes, centro de Quiterianópolis, em decorrência de dois cães atravessarem a avenida e este colidiu sua motocicleta contra os animais; QUE bateu no meio fio da avenida e caiu; QUE chocou-se contra o asfalto e bateu sua cabeça; QUE ficou desacordado por quatro dias; QUE soube que socorrido por EVA SOARES, sendo encaminhada para a Maternidade de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros atendimentos; QUE DEVIDO AOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE SOBRAL; que TEVE FRATURA NO FÉMUR DA Perna ESQUERDA E BATEU FORTE A CABEÇA; que FICOU QUATRO DIAS DESACORDADO; QUE FEZ CIRURGIA NO FÉMUR APÓS UM MÊS INTERNADO NA SANTA CASA DE SOBRAL; QUE APÓS RECEBER ALTA FICOU CERCA DE QUATRO MESES DE CADEIRA DE RODAS; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: ANTONIO GLEIVANILSON LOIOLA, RESIDENTE NA AVENIDA LAURINDO GOMES, 669, BAIRRO CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE E EVA SOARES MOTA CAVALCANTE, RESIDENTE NA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS
Impresso nº 2019907317



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 538 - 553 / 2019

RUA HONORINA MOREIRA LIMA N°204, BAIRRO CENTRO DE
QUITERIANÓPOLIS-CE; E NADA MAIS DISSE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 FRANCISCO JURACI ALVES DA SILVA - MAT.: 30119843

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

 KARINA ALBUQUERQUE BATISTA - MAT.: 30125991

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.500.393-12 4 - Nome completo da vítima: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

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

5 - Nome completo:

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

6 - CPF: 046.500.393-12

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA: HONORÍNA MOREIRA LIMA

9 - Número: 510 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

QUITERIANOPOLIS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.650-000

15 - E-mail:

ADRIANO SEGUROS 3011@LIVE.COM

16 - Tel. (DDD):

(88) 9 9803-7143

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 05441

CONTA: 9631

8

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não

30 - Vítima deu à^{na} nasc^{teu} (e/ou nasc^{eu})? Sim Não

31 - Vítima teve Irmãos? Sim Não

32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós Vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): LIMA

895.308.103-34

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

Sandra G. Cavalcante

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do beneficiário (se diferente do declarante):

Enviado para: *Enviado para: Sandra G. Cavalcante*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 00000009631-8

Nr. Autenticação

BRADESCO18022020050000000002370544100000009631472500 PAGO

Nº do Cliente:

780818

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07/047251/0001-20 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045005832

Rota QP019U08 - 1780
 Nome MARIA CAVALCANTE GARCIA
 Endereço RU HONORINA MOREIRA LIMA, 00152, CENTRO,
 63650-000, QUITERIANOPOLIS
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifaria B1 RESIDENCIAL Emissão 28/12/2019
 Ligação Monofásico Medidor 950851-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

A01597C7327501FH4L5T22246ELBH

DATAS DE LEITURA P.P.: 31 dias
 Anterior Atual Próxima prevista
 27/11/2019 28/12/2019 28/01/2020

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDICÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
PP	38.196	38.042	1,88	154	00	0,75338	116,02

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,75338	10,20
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01708	2,63
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00558	0,86
COB SEGURO SUPER 3 + 1 - PRAT 0600 6000560	-	4,15

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	119,51	27,00	32,27
PIS	119,51	0,49	0,57
COFINS	119,51	2,24	2,68

VENCIMENTO	06/01/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)
		133,86

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica. 0,00

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0

60,12 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/11 - 30/11 Amarela :
01/12 - 28/12

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS PELO 0800-0029940 OU FALE COM
A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE
A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO
TRANSTORNO.

8462448

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.408
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdivino, 160
CEP 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 004281/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 040473104

Rota QP019U15 - 13500
Nome SANDRA GONCALVES CAVALCANTE LIMA
Endereço RUA SONIA MODESTO, 00067 - 00067, CENTRO,
Classificação 63650-000, QUITERIANÓPOLIS
Modalidade Residencial Pleno
Ligação B1 RESIDENCIAL
Atribuição Monofásico
ÁREA RESERVADA AO FISCO

Referência 11/2019
Emissão 27/11/2019
Medidor 3822482-CPN-303

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATA DE LEITURA		F.F.	Nº	Proximidade prevista	Consumo (kWh)											
Anterior																
26/10/2019	27/11/2019		27/12/2019													

DADOS DA MEDICAO

Posto	Lait. Atual	Lait. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	11.046	10.927	1.00	113	00	113	0,7224	81,66

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	5,09
JUROS HORATÓRIOS	-	0,02
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00193	0,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05143	6,12
CONSUMO	0,7224	51,66

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	93,01	27,00	25,11
PIS	93,01	0,04	0,02
COFINS	93,01	0,30	0,26

04/12/2019

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

46,45 0,00 98,12

CPF/CNPJ 895.308.103-34

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 29/10 - 31/10 Vermelho : 01/11 - 27/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029040 OU FALE COM
A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE
A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO
TRANSTORNO.

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 898.473.183/87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTI inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.393/12,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima MANOEL JORDÃO GONÇALVES,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.393/12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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: DIOLINO ALVES VELOSO</u>	Número: <u>93</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ALTO BRILHANTE</u>	Cidade: <u>QUITERIANO POLIS</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>ADRIANOSEGUROS2011@LIVE.COM</u>	CEP: <u>63.650-000</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 99803-7143</u>

Local e Data: QUITERIANO POLIS/CE, 14/01/2020

Francisco Adriano Oliveira Macedo
Assinatura do Declarante

PA: 130x 90 mm Hg FC=67bpm SatO2= 98% em oximetro



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº

Data: 08 / 01 / 18

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Manoel Jordão Gonçalves Cavalcante

Pai: Francisco Gonçalves Graça

Mãe: Maria Cavalcante Graça

CNS:

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nasc. 25/05/83 Idade: 35 a

Profissão: _____ RG: 2017 198650-9 CPF: _____

Endereço: _____ Cidade: Quiterianópolis

2. Sinais e Sintomas: Paciente vítima de queda de metro no chão da árvore. Chegou inconsciente, com sinais de TCE frontalmente, pupilo esquerdo dilatado fixo.

Ritmo cardíaco apontaram 100 bpm, pressão arterial menor que 100 mmHg, com pulso fraco e palpoável, aparente fratura à esquerda.

4. Conduta: (1) SED 5/1000 ml IV agudo

(2) 2 ampolas de Glucose 10% bolus

(3) Imobilização de membros

(4) Encaminhar para avaliação neurologica

Ass. do Paciente ou Responsável

AA
Assinatura do Médico

Hospital e Maternidade
Santa Maria de Lima
CNPJ: 11.656.523/0001-07
Quiterianópolis - CE
Waldo Matheus

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: MANOEL GORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE
CPF e/ou RG: 046.500.395-12

Informações do Acidente

Data do acidente: 08/03/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE FÉMUR ESO. E T.C.C. COM FRACTURA
DE OSSO TEMPORAL DIREITO. COM CONTUSÃO TEMPORAL
DIREITO.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE T.C.C. E TRATA-
MENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DO FÉMUR
ESQ. E FISIOTERAPIA

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA ORIGINATIVA: RIGIDEZ ARTICULAR
DE COXOGLIO ESO. IMPORANTE, PELOVENDO ONCURTAMENTO
DE 30-30 m. I. C. COM CLAVOICIAÇÃO DA MARCA. E MO-
DERNADA ROTAÇÃO EXTERNA DO PC ESO.; CERNALGIA
E VERTIGEM ESPIRROÉICA COM AMNÉSIA POS-TRAUMÁTICA

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MEMBRO INFERIOR ESO.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: TRAUMATISMO CRANIANO (LESÃO NEUROLOGICA).

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

13.03.2020, NOVO ORIENTE - CE

Local e data da realização da avaliação médica



assinatura da vítima

Dr. Cleiton Freire Maia Filho
MÉDICO
CRM/CE 19150



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: MANOEL MORAÇO GONÇALVES CAVALCANTE

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA CITADO REALIZOU TRATAMENTO NESTA UNIDADE PARA TRATAR DE UMA FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO, COM TRATAMENTO CONSERVADOR, APRESENTAVA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA, DOR, CLAUDIAÇÃO. O MESMO TINHA DIFICULDADE PARA SE LOCOMOVER PARA A UNIDADE PARA REALIZAR O TRATAMENTO. AINDA APRESENTA SEQUELAS IMPOSSIBILITANDO DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.

14/03/2020
DATA

Natan Corrêa de Oliveira Vieira
Médico - Dentista
CRM - CRO

Assinatura CRM - CRO

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!

PRESCRIÇÃO.: 2011034 DATA: 12/01/2019 09:23

USUÁRIO....: JOSE.MAURO

ATENDIMENTO: 5416358 DT NASC: 25/05/1983 (35A 7M 20D)

CONVÉNIO...: SUS - SIH

PACIENTE...: 956319 - MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 09/01/2019 03:22 3 DIAS(S) INT

MÉDICO....: SEIJI MATSUI SERVIÇO: OUTROS SERVIÇOS

UNID. INT.: UI EMERGENCIA ADULTA LEITO.: LEITO 2-5 EXTRA EMERG. ADULTA COBERTURA: OBSERVACAO
ADULTO

CID.....: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

CICLO.: /

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO...:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

54
Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE, 35 ANOS, ADMITIDO EM 09/01/19 POR:

- POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APÓS INGESTÃO ABUSIVA DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO SENSÓRIO (GLASGOW 9), PUPILAS MIOÍTICAS E SEM FOTORREAÇÃO. APRESENTA MIE RODADO COM COXA EDEMACIADA E LESÃO CORTO-CONTUSA SANGRANTE.

EM USO DE: - CEFALOTINA

- FENITOÍNA

- SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE SONOLENTO E DESORIENTADO QUEIXA-SE DE DOR IMPORTANTE EM MIE. DIURESE ESPONTÂNEA.

EXAME FÍSICO:

- PACIENTE APRESENTA INÚMERAS ESCORIAÇÕES, PRINCIPALMENTE EM FACE, COM EQUIMOSE PERIORBITAL À ESQUERDA, MSE E MIE.
- A/C: RCR, 2T, BNF, SS
- A/P: MVU, SEM RA
- ABDOME: FLÁCIDO E DOLOROSO À PALPAÇÃO PROFUNDA DIFUSAMENTE.
- NEURO: GLASGOW 13 (A: 3, V: 4, M: 6) - DESORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO.
- R/M: DIURESE POR SVD - URINA MENOS CONCENTRADA# - TC DE CRÂNIO 09/01/19: FRATURA TEMPORAL DIREITA + ROCHEDO À DIREITA + CONTUSÃO TEMPORAL À DIREITA.
PARECER DA NEUROLOGIA: AUTORIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS ESPECIALIDADES (EXCETO ANESTESIA RAQUIDIANA).
- RAI-O-X DE FÉMUR ESQUERDO: FRATURA DIAFISÁRIA.
- TC DE CRÂNIO 11/01/19: ESTÁVEL EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.
PARECER DA NEUROLOGIA: TRANSFERIR PARA NEUROLOGIA APÓS CONDUTA DO ORTOPEDISTA.

EXAMES LAB: 10/01/19 - HB 10/ HT 30,2/ LEUCO 9.140/ BASTOES 2/ PLAQ 175.000 / INR 1,12

CONDUTA: CONVERSO COM RESIDENTE DA TO SOBRE RESULTADO DE RAI-O-X.
AVALIO EXAMES LABORATORIAIS.

AVALIO RX DE PELVE

AGUARDO CONDUTA DA TO.

Dr. Diego César Tavares
MÉDICO
CRM- 7690

5416358

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA ZERO

Qtd Unidade SN Acl Frequência Data Horários
1 [12/01] . 09:23Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
m. brasil
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisição	1889301	Data Solicitação	10/01/2019
Matrícula	956319	Idade	35 Anos 11 Meses 25 Dias
Atendimento	5416358		
Paciente	MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE		
Convenio	SUS - SIH		
Médico Solicitante	ALEXANDRE CAVALCANTE DIOGENES DE CAI		

LAUDO

Exames

TOMOGRAFIA CRANIO-CEREBRAL

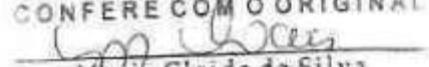
CLÍNICA: Controle

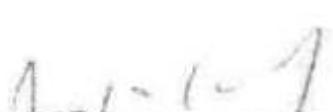
TÉCNICA:

O exame foi realizado através de cortes axiais sequenciais paralelos ao plano órbito-meatal, sem e com injeção de contraste iodado, com cortes de 5mm de espessura para a base do crânio e em seguida com 10mm de espessura até o vértex.

LAUDO:

- Estável em relação ao exame anterior(Fratura temporal direita + rochedo à direita + contusão temporal direita).

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Maria Cleide da Silva
COORDENADORA


Dr. CLAUDIO HENRIQUE SOUZA MOREIRA

CRM - 5643

Dr. CLAUDIO HENRIQUE SOUZA MOREIRA

CRM 5643

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 351767

Paciente: 956319

Convênio Atend.: 1

Leito: 1147

Dt. Início:

Cid Pré-Operatório: T07

Cid Pós-Operatório: T07

Sala: 0004 SALA 04

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Atendimento: 5416358

SUS - SIH

Carteira:

LEITO 17-3 - C.S.SAO JOAQUIM

Idade: 35 Anos 5 Dias 11 Horas

Dt. Fim:

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Procedimentos

Procedimento: 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

4524 RICARDO REGIS AGUIAR MONTALVERNE

CIRURGIAO

9892 JOAO PAULO TAVARES LINHARES

1. AUXILIAR

2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBIDO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COXA ESQUERDA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO NA FACE LATERAL DA COXA CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE, POR PLANOS, ATÉ VISUALIZAÇÃO DO FOCO DA FRATURA
- REDUÇÃO ANATÔMICA
- OSTEOSÍNTESE DO FÉMUR COM PLACA RETA DE A/C + PARAFUSOS CORTICais
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO.

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): JOAO PAULO TAVARES LINHARES
CRM: 9892



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PLANO DE CUIDADOS



Nome: Manoel Jordao Goncalves Cavalcante

Idade: 35 Anos 7 Meses 21 Dias

Internação: 09/01/19 03:22 Às 15/01/19 10:20

Tempo de Permanência: 6 Dias

Setor: UI Neurologia - Mons Eufrasio

Matrícula: 956319

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Vítima de queda de moto no dia 08/01/19 após abuso de álcool, inconsciente, com sinais de traumatismo crâniano, pupila esquerda menos reagente em relação a direita, sem immobilização cervical. Deu entrada no setor emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral no dia 09/01/19. Apresentando membro inferior esquerdo roulado e coxa edemaciada e lesão sangrante. Ainda no mesmo dia realizou uma tomografia de crânio onde evidenciou-se fratura temporal direita, fratura de rochedo a direita e contusão temporal direita [avaliado pelo médico Keven Ponte]. No dia 10/01/19 realizou um raio X de pelve. No dia 11/01/19 realizou mais uma tomografia de crânio onde o resultado foi estável em relação ao exame anterior [avaliado pelo médico Cláudio Henrique]. Evoluiu calmo, sonolento, sem queixas. Durante o período de internação ficou sob os cuidados de enfermagem como controle de medicamentos, controle da dieta prescrita, sinais vitais, orientação, transferência, monitorização neurológica e curativos. Após reavaliação, foi indicado alta hospitalar.

CONDICÃO CLÍNICA NA ALTA HOSPITALAR

Encontra-se calmo, sonolento, em ar ambiente, aceitando dieta prescrita. Murmúrios vesiculares presentes e sem alterações. Ruídos hidroaéreos presentes. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Ausência de febre ou sensibilidade na região afetada. Curativo oclusivo feito em perna esquerda, sem sinais de infecção. Com prescrição médica de fenitoína e tylex. Capaz de repetir dosagem e horários adequados. Sinais e sintomas de infecção repetidos e necessidade de relatá-los a um profissional de saúde. Orientado a realizar higiene oral e corporal como de costume e a evitar esforços e levantar peso com mais de 5 kg enquanto estiver de atestado. Informado quanto a consulta de retorno com o médico responsável. Paciente recebeu cópia deste relatório. Acompanhado da esposa. Assistido ao deixar o setor, sem acontecimentos incomuns.

SSVV: PA: 120X80 MMHG; P: 80 BPM; R: 20 RPM; TAX: 36.4°C.

RECOMENDAÇÕES

Realizar higiene oral e corporal;

Prevenir quedas;

Em caso de urgência, procurar o serviço de saúde mais próximo;

Retorno com o médico Keven Ponte no dia 15/03/19 às 14hrs no ambulatório da Santa Casa;

Tomar medicações conforme prescrição médica

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL

Traumatismo Crânio-Encefálico Conservador

Sobral, 15 de Janeiro de 2019





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007299701 • 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/06/2009

NAME: SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

FILIAÇÃO: FRANCISCO GONÇALVES GRACIA

MARIA CAVALCANTE GRACIA

NATURALIDADE: INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1979

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1474 FOLHA: 45 LIVRO: B 07

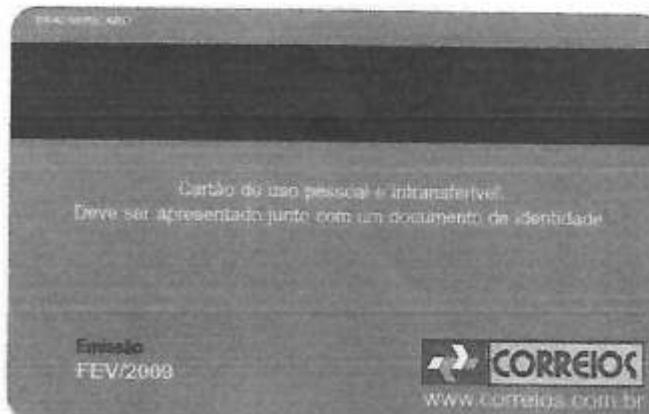
QUITERIANÓPOLIS - CE
CPF: 895.308.103-34

RG: ANT: 330104098
P.: 36

1 VTA

LEI N° 7.115 DE 29/06/93

ASSINATURA DO DIRETOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
CEPEL	GL 506303565	9000000000	2019
NOME			
ABIMAR CIVIL DA VIE NUÑES			
QUIPERUNDO-CE 85187			
CPF/CNPJ	PLACA		
04801063310	OPRG6171		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
CE 04710550DR206593			
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
TRICICLO/CARROZADO	GLP/OL/ALCO		
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD	
HONDA/INTERCO BROS ES	2012	2012	
CAP/POT/CH	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
28/03/1992	PARTIC	VERDE	
I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80,11	0,02	80,53	01/04/2019
OBSERVAÇÕES			
LOCAL	DATA		
QUIPERUNDO-CE	08/04/2019		
CARROZADOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIATERRRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

CE Nº 014328532371 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

OPRG6171

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014328532371

51073346666

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/04/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	04801063310	OPRG6171
RENAVAM	MARCA / MODELO	
506303565	HONDA/INTERCO BROS ES	
ANO FAB.	CAT TARIF	Nº CHASSI
2012	09	90210550DR206593

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36,05	4,01	40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGUINHO (R\$)
4,15	0,32	84,58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> NOTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	01/04/2019

LOTE/DOC. 014328532371 CNPJ 09.240.608/0001-04
MOTOR: KHOSEGL206593

JUN-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027581 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda.

Descrição do exame físico: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo crânioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica para fratura da diáfise do fêmur à esquerda e conservador. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 60°, extensão aos 80°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior esquerdo, em grau médio, em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de prejuízo de sustentação, marcha, manobra de agachamento e redução de força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200027581

Nome do(a) Examinado(a): MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Endereço do(a) Examinado(a): RU HONORINA MOREIRA LIMA, 152, , 63.650-000, CENTRO, Quiterianópolis/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20171986509

Data e local do acidente: 08/01/2019 - Quiterianópolis/CE

Data e local do exame: 12/02/2020 - Tauá/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.89229 , longitude: -40.22712

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo crânioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda.

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

Conforme será verificado no exame físico, as lesões apresentaram melhora de seu quadro em razão da evolução terapêutica, sendo realizado tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica para fratura da diáfise do fêmur à esquerda e conservador. Resta apurada a existência de sequela permanente no membro inferior esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória inexistente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior esquerdo em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de prejuízo de sustentação, marcha, manobra de agachamento e redução de força.

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 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 (*)

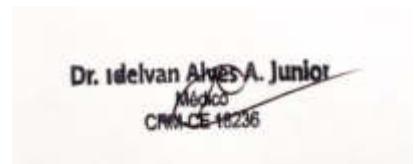
("Vítima em tratamento"

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

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

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:





VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 2007299701 - 4 DATA DE
EXPEDIÇÃO 01/06/2009

NOME: SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

PALETA: FRANCISCO GONÇALVES GRACIA

MARCA: MARIA CAVALCANTE GRACIA

NATURALIDADE: INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1979

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1474 FOLHA: 45 LIVRO: 8 07
QUITERIANÓPOLIS - CE
CPF: 895.308.103-34 RG: ANT: 330104098
P.: 36

LEIA 7718 DE 2009



A Tarifa Social de Energia Elétrica é criada pela Lei nº 10.433
de 26 de abril de 2007.

8462448

Para o seu uso doméstico, utilize o módulo
sempre que entrar em consumo doméstico.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdemar, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ: 32.261.000-70 | CGF 09.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 040473104

Rota QPO19U15 - 13500 Referência 11/2019

Nome SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

Endereço RUA SONIA NUDESTO, 00067 - 00067, CENTRO,

Classificação 63650-000, QUITERIANOPOLIS

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Pleno

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

Emissão 27/11/2019
Medidor 3522482-CNP-303

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F.: 27/11/2019 Prox. prevista: 27/12/2019

27/10/2019 27/11/2019 27/12/2019

DADOS DA MEDICÃO

Promo	Litf. Atual	Litf. Anterior	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
			Métrica	Métrica	Métrica	Métrica	ESTÁTICA	(R\$)
PF	11,00	10,97	1,00	113	99	113	0,72824	86,66

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	5,09
JUROS MORATÓRIOS	-	0,02
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00193	0,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05143	6,12
CONSUMO	0,72824	86,66

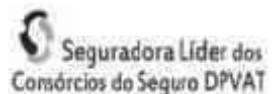
Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	93,01	27,00	25,11
PIS	93,01	0,04	0,02
COFINS	93,01	0,30	0,26

04/12/2019	98,12
CONSUMO CONSCIENTE	
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emissão kg CO ₂	Compensado kg (CO ₂)
46,45	0,00
Consumo Ecológico (kg CO ₂)	

Periodos: Band. Tarif.: Andreia : 29/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 27/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENDE NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCAN

CPF: 046.500.393-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87

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

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO
CPF: 898.473.183-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

Número do Sinistro: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCAN

CPF: 046.500.393-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87

Procuração

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO
CPF: 898.473.183-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:	MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Agricultor
RG Nº	2017198650-9	CPF Nº:	046.500.393-12
ENDEREÇO:	Rua: Honorina Moreira Lima	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Quiterianópolis	ESTADO:	Ceará
CEP.	63.650.000	CELULAR:	(88)

OUTORGADO:

NOME:	Francisco Adriano Oliveira Macedo		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Autonomo
RG Nº:	326884798-SSP-Ce	CPF Nº:	898.473.183-87
ENDEREÇO:	Rua: Diolino Alves Veloso, nº93	BAIRRO:	Alto Brilhante
CIDADE:	Quiterianópolis	ESTADO:	Ceará
CEP.	63.650.000	CELULAR:	(88) 99803-7143

PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ PERMANENTE que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE, ocorrido em 08/01/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Quiterianópolis/CE, 14 de Janeiro de 2020

Sondra G. Cavalcante Lima
Outorgante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

Número do Sinistro: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

CPF: 046.500.393-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87

Procuração

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/01/2020

Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO
CPF: 898.473.183-87

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA