
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200289639

Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 24/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200289639

Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 24/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA**

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

Banco: **033**

Agência: **000004470**

Conta: **000001061020-5**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200289639

Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 24/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

785.698.853-34

4 - Nome completo da vítima:

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

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

5 - Nome completo:

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

6 - CPF:

785.698.853-34

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RU LUIS UCHOA NETO

9 - Número:

00410

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

OSMAR CARNEIRO

12 - Cidade:

BOA VIAGEM

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

63.870-000

15 - E-mail:

sv.sea1@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

88 98874 8777

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO SANTANDER - COD 033

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

4470

CONTA:

61020

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VIAGEM /CE 12 DE AGOSTO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REDE DE AGENCIAS SANTANDER
DEPOSITO INTELIGENTE EM CONTA CORRENTE

12/08/2020 15:56:24 DATA CONTABIL:12/08/2020
LOCAL: 033.4470 - MARACANAU
TRANSACAO: 0609117

TERMINAL: 0000164

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA
BANCO: 033 AGENCIA: 4470

CARTAO: 4622

CONTA: 01-061020-5

EM DINHEIRO: 50,00
EM CHEQUES: 0,00

VALOR TOTAL:

50,00

ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

DOCT 155612 - DEPOSITO EFETUADO COM SUCESSO,
VALOR DISPONIVEL EM CONTA.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 650 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/08/2020 11:14:33**
Data / Hora da Ocorrência: **24/04/2020 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R CARMELINDA SAMPAIO, ALTO DO ZÉ ROSA - BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA**
Nascimento: **06/03/1978** CPF:
RG: **97014002747** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA SELMA SANTOS PEREIRA**
EDUARDO DE SOUSA PEREIRA
Endereço: **RUA MARIA EVIZA DE CARVALHO, 46**
Bairro: **VILA AZUL**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP: **63.870-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9940-0502**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NVB8183 Uf: CE Município: BOA VIAGEM Chassi: 9C2KC1620AR046098 Renavam: 218145667 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: EDUARDO DE SOUSA PEREIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ABALROAMENTO

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada sofreu um acidente de trânsito, que a vítima estava na garupa da motocicleta também acima mencionada, pilotada por JOSÉ BENEVENUTO DA SILVA, que esta MOTO está LICENCIADA em nome de EDUARDO DE SOUSA PEREIRA, que a vítima vinha na garupa da motocicleta em questão quando em dado momento na rua Carmelinda Sampaio um cachorro saiu de uma das residências e correu para pista e que a vítima relata não ter dado tempo frear esta motocicleta e como estava na garupa da mesma sua perna enganchou nesta fazendo com que a mesma quebrasse em três lugares, que teve fratura exposta e que o rapaz que vinha pilotando esta motocicleta nada sofreu, que foi socorrido pela ambulância local de Boa Viagem e levado até o HOSPITAL CASA de SAÚDE ADÍLIA MARIA, que a vítima SOFREU: fratura exposta em sua perna direita por conta deste acidente, que foi transferido para Messejana, que a vítima trouxe a esta delegacia 2 testemunhas, e nada mais disse///



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 650 / 2020

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Josealdo dos Santos Pereira

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3

TESTEMUNHA 01: *José Benvenuto do Silva*

TESTEMUNHA 02: *Rafael da Silva Rodrigues*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

785.698.853-34

4 - Nome completo da vítima:

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

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

5 - Nome completo:

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

6 - CPF:

785.698.853-34

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RU LUIS UCHOA NETO

9 - Número:

00410

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

OSMAR CARNEIRO

12 - Cidade:

BOA VIAGEM

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

63.870-000

15 - E-mail:

sv.sea1@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

88 98874 8777

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO SANTANDER - COD 033

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

4470

CONTA:

61020

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VIAGEM /CE 12 DE AGOSTO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REDE DE AGENCIAS SANTANDER
DEPOSITO INTELIGENTE EM CONTA CORRENTE

12/08/2020 15:56:24 DATA CONTABIL:12/08/2020
LOCAL: 033.4470 - MARACANAU
TRANSACAO: 0609117

TERMINAL: 0000164

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA
BANCO: 033 AGENCIA: 4470

CARTAO: 4622

CONTA: 01-061020-5

EM DINHEIRO: 50,00
EM CHEQUES: 0,00

VALOR TOTAL:

50,00

ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

DOCT 155612 - DEPOSITO EFETUADO COM SUCESSO,
VALOR DISPONIVEL EM CONTA.

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: 27/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000001061020-5

Nr. da Autenticação 2B4E228438662584

6826363

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 20 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 100
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 08.005.810-3

eneel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074172567

Rota BV020U02 - 181000

Referência 07/2020

Nome IRANEIDE MENDES OLIVEIRA

Endereço RU LUIS UCHOA NETO, 00410 - 00410, USMAR CARNEIRO,

63870-000, BOA VIAGEM

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 29/07/2020

Medidor 4047176-CPN-308

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

44865309301146255154F86004F22F

DATAS DE LEITURA

Anterior 29-06-2020 Atual 29-07-2020 P.F. 30 dias Próxima prevista 28-08-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.060	10.960	1.00	92	00	92	0,27321	25,06

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	5,42
PIS COMPL BX RENDA	-	0,08
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,38
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-23,71
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	23,71
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18333	5,50
CONSUMO DE 031 KWH ATE 092 KWH	0,31548	19,56
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	15,94
BONUS ITAIPU	-	-1,21

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	48,77	0,34	0,16
COFINS	48,77	1,59	0,77

15/08/2020		45,67	
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		017.996.183-74	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	100
1,17	0,00		

Periodos: Band, Tarif.: Verde : 30/06 - 29/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário medio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

CASA DE SAÚDE
Adilia Maria



Um novo caminho.

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 24/10/2025

HORÁRIO: 18:08 H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: J. Casado

CARTÃO DO SUS: _____

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 06/05/78

ESTADO CIVIL: Casado

PROFISSÃO: Agente de Saúde

NOME DA MÃE: Maria Sílvia

NATURALIDADE: Boa Viagem

ENDEREÇO: Rua Lins de Vasconcelos

Nº 410

BAIRRO: Bairro da Fátima

CIDADE: B.V.

ESTADO: CE

TELEFONE: (78) 3106-7855

ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

PA: X

mmHg

SPO₂: %

FC: bpm

FR: _____

ipm

T: _____

°C

PESO: Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimento da coluna vertebral; - Descontorno respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós-crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias nasais graves; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, diplopia, ataxia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumatizado sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (paciente com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náuseas e tontura; - Tontura; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestados médicos;

Casa de Saúde Adilia Maria
CNPJ: 07.506.660/0001-84
Esta cópia confere com o original dos Nossos Arquivos

Protocolo Nº 349

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME:

DATA: 24 / 4 / 2016

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

R. 11a Fratura exposta. MTD

- Rx de Joelho e Perna D.

- Ultrassom 2m

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- S.F. 0,97. 100 ml

+

~~Transdermal - 1mg / 24h 18.30~~
~~Cyto-gel~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Casa do Sante Adina Maria
CNPJ: 07.806.680/0001-84

Esta cópia confere com
a original dos nossos Arquivos

Protocolo Nº

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA CARIMBO MÉDICO

Dr. Sergio Carlos
Diaz Morales
Médico CRM 15916

CASA DE SAÚDE
Adilia Maria



Um novo caminho.

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 24/10/2025

HORÁRIO: 18:08 H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: J. Casado

CARTÃO DO SUS: _____

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 06/05/78

ESTADO CIVIL: Casado

PROFISSÃO: Agente de Saúde

NOME DA MÃE: Maria Sílvia

NATURALIDADE: Boa Viagem

ENDEREÇO: Rua Lúcia

Nº 410

BAIRRO: Bairro da Fátima

CIDADE: B. V.

ESTADO: CE

TELEFONE: (78) 3106-7855

ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

PA: X

mmHg

SPO₂: %

FC: bpm

FR: ipm

T: °C

PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimento da coluna vertebral; - Descontorno respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós-crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias nasais graves; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, distopia, ataxia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumatizado sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (paciente com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náuseas e tontura; - Tórctico; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestados médicos;

Casa de Saúde Adilia Maria
CNPJ: 07.506.660/0001-84
Esta cópia Confere Com
o Original dos Nossos Arquivos

Protocolo Nº 349

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME:

DATA: 24 / 4 / 2016

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

R. 11a Fratura exposta. MTD

- Rx de Joelho e Perna D.

- Ultrassom 2m

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- S.F. 0,97. 100 ml

+

~~Transdermal - 1mg / 24h 18.30~~
~~Cyto-gel~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Casa do Sante Adina Maria
CNPJ: 07.806.680/0001-84

Esta cópia confere com
a original dos nossos Arquivos

Protocolo Nº

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA CARIMBO MÉDICO

Dr. Sergio Carlos
Diaz Morales
Médico CRM 15016

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA**Idade:** 42 ano(s) 1 mes(es) e 29 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5666049**Endereço:** RUA LUIS UCHOA NETO**Bairro:** SANDRA**Num:** 88**CEP:** 63870-000**UF:** CEARÁ**Cidade:** BOA VIAGEM**Localização****Clinica:** UNIDADE 25**Enfermaria:** 252**Leito:** 2511**Admissão Emergência:** 28/04/2020 20:11**Internação** 29/04/2020

16:54

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

ACIDENTE DE MOTO EM 24/04/2020. FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA. TRANSFERIDO DO FROTINHA DIA 29/04 PARA O IJF. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 30/04/2020.

Exames Realizados

29/04: HB 12,1 LEUCO 9420 PLAQ 280.000 TAP/TTPA NL U 46 CR 1,1

01/05: HB 10,1 HT 30% LEUCO 8690 PLAQ 297.000 U 45 CR 0,8

Terapêutica Utilizada

ANALGESIA

CEFAZOLINA PROFILÁTICA

SINTOMÁTICOS

HEPARINA PROFILÁTICA

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 04/05/2020**Observações Complementares**

AGENDAR RETORNO COM 30 DIAS PARA DRA. JANETE. RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA CIRURGIA.

Responsável**Médico:** CAMILA PINTO DE NADAI**Data:** 30/04/2020
Camila P. de Nadai
CREMIO 12.559 RQE 7347

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

Lauro Mello

O paciente Josélio dos
Santos Pereira, 42 anos,
após acidente de moto
em 24/04/2020.

Fração exposta de
tuberculose.
Tratamento de Fração
p/ o IGF no dia 29/04.
Realizar tratamento
contínuo de fração



Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

de tubia (D) em 30/04/2020
sem interrupções.

Deve permanecer afastado
de suas atividades

laborais por 30 dias

a contar de hoje.

Retorno ambulatorial

c/ Dra. Janete a agendar
contas da alta

Carla P. De Nadal
CRM 12.853 RQE 797

04/05/2020



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Prontuário: 5666049

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G

S/N

TOMAR 01 CP ATÉ DE 6/6H SE DOR OU TAX > 37,8

Data: 04/05/2020

CAMILA PINTO DE NADAI

12853CRM

CAMILA P. De Nadai
12853 CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Prontuário: 5666049

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G

S/N

TOMAR 01 CP ATÉ DE 6/6H SE DOR OU TAX > 37,8

Data: 04/05/2020

CAMILA PINTO DE NADAI

12853CRM

CAMILA P. De Nadai
12853 CRM

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA PINTO DE NADAI

Conselho: 12853CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

ENDEREÇO: RUA LUIS UCHOA NETO, 88, SANDRA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

TRAMAL 50MG

TOMAR 01 CP ATÉ DE 8/8H SE DOR FORTE

02 CX

DATA: 04/05/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA PINTO DE NADAI

Conselho: 12853CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

ENDEREÇO: RUA LUIS UCHOA NETO, 88, SANDRA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

TRAMAL 50MG

TOMAR 01 CP ATÉ DE 8/8H SE DOR FORTE

02 CX

DATA: 04/05/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/289639

Data da solicitação: 12/09/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

CPF do beneficiário: 785.698.853-34

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 98874 8777
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: sv.seg1@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: raio x da perna direita

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Não concordo com valor pago pela a seguradora sem que eu passe por uma perícia médica, porque até hoje ainda ando com ajuda de muletas devido as sequelas do acidente a minha perna direita está sem movimento não consigo movimentar essa perna não tenho força na mesma, peço a seguradora que marque um perícia com médico perito para analisar as sequelas que tenho na perna.

BOA VIAGEM /CE 12 de setembro de 2020

Joscelio dos Santos Pereira
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Med & Fisio

MEDICINA E FISIOTERAPIA

Dr. Arlindo Florêncio dos Santos CPF: 23368608304 CRM: 4699
Praça Monsenhor José Candido, 106, salas 5,6 e 7. Boa Viagem - CE.
Fones: (88) 3427-7265 (88) 88095219 e (85) 9 96461477

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, e para provas juntas ao INSS que: Joacelio dos Santos Pereira, RG: 97014002747 e CPF: 785.698.853-34 residente na Rua Luís Uchoa Neto 410, nesta cidade.

Paciente vítima de queda de moto, tendo apresentado fratura exposta da tíbia direita, tendo realizado cirurgia com fixação interna.

Paciente evoluindo com dores locais e severas limitações, deambulando com ajuda de muletas.

Devida as severas limitações, paciente encontra-se impossibilitado de exercer suas atividades laborativas por (90) noventa dias.

Necessitando de avaliação pericial do INSS.
CID10 S 82.2

Boa Viagem Ce, 10 de Setembro de 2020

Dr. Arlindo F. Santos
Médico
CRM 4699

AUTENTICAÇÃO	
A presente fotocópia confere com o original exibido. Dou fé.	
GOVC 03	10 SET. 2020
AUTENTICAÇÃO	
N. ID 824380	
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	Joacelio dos Santos Pereira - Titular
	Lois Eduardo Gadelha da Silva - Substituto
	Antônia Alves de Sousa - Substituta
VALIDO SOENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

D

D

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA 42 M
08.09.2020
CLINIC TEC - BOA VIAGEM - CE
RADIOGRAFIA DIGITAL DE FEMUR D EM AP/P

Clinic Tec
Centro de Imagens
(08) 3427-2066 / 98834-8157
99722-5867 / 99444-6243



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

José dos Santos Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 97014002747 DATA DE
EXPEDIÇÃO 29/10/2014

NOME
JOSÉLIO DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO
EDUARDO DE SOUSA PEREIRA
MARIA SELMA DOS SANTOS PEREIRA

NATURALIDADE
BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO
06/03/1978

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4.241 FOLHA: 97
LIVRO: A-5 BOA VIAGEM - CE
CPF 785.698.853-34

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 103

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

DETRAN - CE

8859504450

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
 00218145667



Valide este QR code com app Vio

PLACA
 NVB8183

EXERCÍCIO
 2020

ANO FABRICAÇÃO
 2010

ANO MODELO
 2010

ESPÉCIE / TIPO
 PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
 HONDA/CG150 TITAN MIX ES

PLACA ANTERIOR / UF
 NVB8183/CE

CHASSI
 9C2KC1620AR046098

COR PREDOMINANTE
 VERMELHA

COMBUSTÍVEL
 ALCOOL/GASOLINA

CATEGORIA
 PARTICULAR

CAPACIDADE
 * . *

POTÊNCIA/CILINDRADA
 0CV/149

PESO BRUTO TOTAL
 0.03

MOTOR
 KC16E2A046098

CMT
 * . *

EIXOS
 *

LOT
 02

CARRÓCERIA
 NÃO APLICAVEL

NOME
 EDUARDO DE SOUSA PEREIRA

CPF / CNPJ
 167.249.333-15

LOCAL
 BOA VIAGEM CE

DATA
 25/06/2

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

QUITACAO EXERCICIO DPVAT: 2020**

MENSAGENS DENATRAN

Para fazer a validação deste documento, procure por "Vio" nas lojas Google Play ou App Store, instale o app em seu celular e faça a leitura do QR code localizado ao lado do código Renavam de seu veículo. Fazendo isto, você será capaz de verificar a autenticidade de seu documento de forma simples e segura, garantindo a fidelidade desta impressão.

vio



Para saber mais sobre o Vio, acesse:
<https://servicos.serpro.gov.br/vio>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200289639 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 24/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA. P2/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227211/20

Número do Sinistro: 3200289639

Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 785.698.853-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2020

Titular do CPF: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/09/2020
Nome: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 785.698.853-34

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227211/20

Vítima: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 785.698.853-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2020

Titular do CPF: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA : 785.698.853-34

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: 13/08/2020
Nome: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 785.698.853-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Antonia Daniella Ferreira da Silva