



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal
de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WJGT.20.00166318-6** em **09/11/2020 15:14:32**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro	: Jaguaretama
Processo	: 0005827-59.2019.8.06.0106
Protocolo	: WJGT.20.00166318-6
Tipo da petição	: Contestação
Assunto principal	: Seguro
Data/Hora	: 09/11/2020 15:14:32

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição*	: 2765115_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação	: 2765115_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf
Documentação	: 2765115_CONTESTACAO_Anexo_02 - 18-28.pdf
Documentação	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO CESAR LEMOS**

Nº Sinistro: **3180348465**

Vitima: **PEDRO CESAR LEMOS**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348465**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO CESAR LEMOS**

Nº Sinistro: **3180348465**

Vitima: **PEDRO CESAR LEMOS**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO CESAR LEMOS**

Nº Sinistro: **3180348465**

Vitima: **PEDRO CESAR LEMOS**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO CESAR LEMOS**

Nº Sinistro: **3180348465**

Vitima: **PEDRO CESAR LEMOS**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

_____, _____ de _____
Local e Data

30 JUL. 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Exemplo de Síntese de conta corrente

AUTOPORTA BIMESTR
0800 222 9933

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fale).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro da ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	711.363.393-53	PEDRO CESAR LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
PEDRO CESAR LEMOS	711.363.393-53	APÓS ENTADO
Endereço	Número	Complemento
AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	1049	
Cidade	Estado	CEP
JAGUARETAMA	CE	63480-000
Postal		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECIRO INFORMAS	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
X CONTA FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRG	DN	NRG	DN
05438	01243515	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

LUSA CORRETORA DE SEGUROS
10 SET. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rusminha
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Corpo de Saque de
conta poupança

Data 25/08/2018 hora de Brasília 10:22
Agencia 05420 - Niterói/RJ
Conta 0122351-5
Nome PEDRO CESAR LENOS
Tipo Cartao 2 Uia Cartao 10
Valor 80,00
Ag. Bradesco 5420 Niterói/RJ
PODI 062 - MERCEIRINHO RJ/006
CICERO
NRI 026693857284 Autenticacao 101111
Conserve este recibo

OUDORIF BRADESCO
0200 727 2933

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 SET. 2018

ASS:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 470 - 283 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/06/2018 09:00:27**

Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE SEBASTIÃO MARLENO, 79**

Complemento:

Bairro: **JAGUARETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PEDRO CESAR LEMOS**

Nascimento: **10/06/1952** CPF: **711.363.393-53**

RG: **243024392** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS**

PEDRO LEMOS DA ALMEIDA

Endereço: **RUA PADRE SEBASTIAO MARCELO, 1049**

Bairro: **CENTRO**

Município: **JAGUARETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 98136-1685**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORU4765** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:

95365824XDR339601 Renavam: **595495630** Tipo do Veículo:

CAMINHAO Marca / Modelo: **VW/24.280 CRM 6X2** Ano Fabricação:

2013 Ano Modelo: **2013** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**

Proprietário: **WALDEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

DOCUMENTO
ORIGINAL

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Municipal, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB, comunicou que na data, local e hora acima indicado, estava trabalhando descarregando farinha do caminhão de placa ORU-4765; Que o caminhão estava parado em uma subida e foi colocado uma pedra no pneu de trás do caminhão, que depois que terminou de descarregar a mercadoria nesse local foi retirar a pedra que estava apoiando o caminhão e o mesmo desceu um pouco e veio a passar por cima mindinho da mão direita, onde veio a perder parte do mesmo; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE e do mesmo foi transferido quase que de imediato para o hospital municipal de Russas; Que trabalhava descarregando caminhão, mas devido ao acidente está sem trabalhar; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaretema-CE, telefone 88-981137898 e o seu vizinho que viu o acidente de nome FRANCISCO NETO ALMEIDA, residente Padre Sebastião Marleno nº1045, Telefone 88-981161123, testemunhas essas que vieram até a delegacia e apresentaram os seus documentos, conforme anexo. E NADA MAIS DISSE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 470 - 283 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Pedro Rebu da

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214

X Eu sou o rubens

X Juizas dasilva Dantas

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Name Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

_____ de _____ de _____
Local e Data

30 JUL. 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PEDRO CESAR LEMOS

CPF da Vítima

711 363.393-53

Data do Acidente

08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

CPF do Representante legal

004 091 683-03

Email

hjaguar@mettama@hotmail.com

Telefone (DDD)

(88) 98101-6080

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:

LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

Assinariai uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

10 SET. 2018

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de pagamento do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação e a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Pedro Cesar Lemos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rodolfo Moraes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA



FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para reformar com a 1^a via à unidade de Origem.

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Pedro Cesar Ferreira

Prontuário Nº

Sexo: M F Idade: 65 Anos

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Tel:

Motivo do Encaminhamento:

Idr. Vihun de acidez e constipação agudizada com paroxismo de 5º dia na clínica. Dint. ap. ameaçada.

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Sintomas Anamnese fumante de 50 pacotes

08/01/18

Assinatura do Enfermeiro - Nº. Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Análise de urina

Profissional: Transférência

Unidade de Referência:

Data: / / Hora: / /

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº

Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

(Handwritten notes and signatures)

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal:

CID:

Secundário 1:

CID:

Secundário 2:

CID:

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO CESAR LEMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05438-0

CONTA: 000000127351-5

Nr. Autenticação

BRADESCO26102018050000000002370543800000127351101250 PAGO

Nº DO CLIENTE

5965123-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
quando quer entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.436
de 26 de setembro de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 0010.045-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 16 17020 40 073500 - 6

Data da Emissão 23/04/2018

Nome MARIA SOCORRO DE LIMA

End. Postal RUE PDE SEBASTIAO MARLENO 01049

JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000

Medidor 756017

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 766437603-30

CGF

Nome do Responsável

DADAS

Mês da Referência Data da Agendamento Próximo Leitura
Abr/2018 23/04/2018 23/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SOLONOPOLIS

Mês Fev/2018 ESG 19,32

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor da Imposta	Padrão		Apuração Individual				
			Mensal	Trimestral	Anual	Mensal			
99,61	27,80%	26,89	DIC	5,01	18,62	21,25	0,09	0,00	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	1,08	0,00	0,00
			DMIC	3,03			0,09		0,12

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Conet	Consumo (kWh)	Cota. Ind.	Cota. Fis.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 6495	-751	1,00	144	0,00	10 70 44	0,24219 0,41524 0,62287	7,28 19,81 27,29
21/04/18	22/05/18		22 DIC-0	144			63,70

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	63,70
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,70
MULTA MORATORIA REF 03/2018	0,79
JUROS DO IES	0,20
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,60
PTA-COFINS COPIA FMENTAR-TARTFA RATAVIA RENDA	2,17

VENCIMENTO

02/05/2018

TOTAL
PAGAR (R\$)

88,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	23,34
Transmissão	2,43
Distribuição	17,21
Encargos Sociais	3,20
Tributos PIS/Cofins...	32,88
TOTAL	75,57

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

62,24

0,00

0% 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE

O NÚMERO DE CONTA E A SENHA DESENVOLVIDA NO PÁGINA INICIAL

Chave os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Consta dessa fatura R\$ 5,99 referente a PIS e Cofins. Alíquotas: PIS:1,00% e Cofins:1,94%
Iva: 1,7% PIS: 100% Cofins: 100% Iva: 10,00% PIS: 100% Cofins: 100%Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,9%, conforme Resolução
Normativa ANEEL n. 2.083/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde
em abr/18. Informações: www.aneel.gov.br

Nº DO CLIENTE

4259716-1

Para agilizar seu atendimento, utilize a referência sempre que entrar em contato com a gente.

PG
03/07A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
do 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Praça Pedro Velho, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 03.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota: Data de Emissão: 531598862
 Nome: 01 17020 01 068500 - 7 03/07/2018
 End. Postal: RODOLFO MORAIS DA CUNHA
 RU: ROBSON RIC M DE LIMA 00637 AP 637 A
 Medidor: 24794318 Ponto: 0000 0000
 Classes: 01-NORMAL MONOFASICO CGF
 RG / CPF / CNPJ: 004071683-03
 Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
			Veja a legenda no verso desta conta.					
			Conjunta SOLONOPOLIS					
Jul/2018	03/07/2018	02/08/2018	Mês	Maio 2018	B100 40,07			
ICMS			Padrão	0,00	0,00	Aparação Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trimestre	Anual	Mensal	Trimestre	Anual
139,68	27,00%	37,71	DIC	5,31	18,62	21,25	0,00	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
			DMIC	3,03		0,20		
DEET-C4E4 0606.3929.1110 FEE7 1370.288E								

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Licit. Atual	Licit. Anterior	Cenut.	Consumo (kWh)	Cora. Ind.	Cora. Pat.	Tarifa IR&AWH	Valor (R\$)
FP 15912	15739	1.00	173	0,00	173	0,60745	109,68
03/07/18	04/06/18		29-DIAS		173		

DESCRÍPCAO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	139,68
MULTA HORATORIA REF 06/2018	2,77
JUROS DO MES	0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 12,87)	12,87

VENCIMENTO

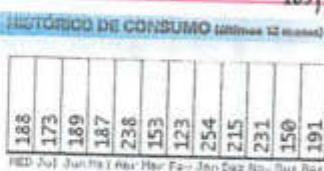
10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

159,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	51,31
Transmissão	5,49
Distribuição	23,23
Encargos Setoriais	7,84
Impostos (ICMS PIS/COFINS) ...	45,83
TOTAL	139,68

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe sua emissão pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compromisso kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

67,54 0,00 0% 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorize a reabrir
de distribuidora eletro nenhuma ouva de corte, bem como cobrança
do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131
Resol.414/2010 - Ansel).

Consta desta fatura R\$ 8,12 referente à PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,64% e COFINS:4,78%
(Art. 1º Res. 100/2005 - ANSEL n. 1012 v. 10-637-02 + 10-833-02)

Este uso em Bandeira vermelha paga R\$ 2 em julho/18 com custo de R\$ 0,00 reais a cada 100kWh
(quilowatt-hora). Informações: www.ansele.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Nº do Cliente: 4259716-1 Referência: Jul/2018
 Data de Emissão: 03/07/2018 Total a Pagar (R\$): 159,90
 N° da Nota Fiscal: 531598862 N° de Controle: 0004259716 00088 39032 04

838000000001-7 59900031000-0 00042597160-0 00883903246-9



HCSR

SANTAS
CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. Jose Ramalho, 1435 - Centro
Russas / Ceará

Setor: 00
2010



1000279791

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SUS - SUS

Professional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO
Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGENCIA
Turno: DIURNO

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS

Endereço: RUA - DOM LUIS - 2385 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE - 63480000 - PROX A ARNOLDO

Fone: (88) 98136-1685

Naturalidade: JAGUARETAMA - CE

Nº da Carteira: MARIA LEOLIDA BARRETO DE LEMOS

Mais: Validade:

Pac: PEDRO LEM

DE ALMEIDA

Anotações de Outros Profissionais:

Peso: KG. Temp: °C. P.A: mmHg D. X.

Classificação de Risco: VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

Anotações Medicas

Sexo: M DN: 10/06/1952 - 65 A 6 M 28 D Est. Civil: Solteiro(a)
CNS: 89800325645622 CPF: 711.363.393-53 Identidad: 243024392 - SSPICE
Ocup.: AGRICULTOR Raça/Cor: PARDA -
SisPreNatal:

Consulta: *PT*
Assinatura: *PT*

Diagnóstico: *PT*

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de
acordo com os dados acima

Atendimento: 1800229791

Assinatura do Paciente ou Responsável

Registrado por: maria.aubetiza

1800229792 08/01/2018 13:03:03 **GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003**

Paciente: **00111834 - PEDRO CESAR LEMOS** Nascimento: **10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D 898003258645622** CNS: **711.363.393-53**
Documento: **Identidade - 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992** Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro(a)** Raça/Cor: **Parda -** Escolaridade: Ocupação: **AGRICULTOR**
Endereço: **RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE** CEP: **63.480-000** Complemento: **PROX A ARNOLDO**
Naturalidade: **JAGUARETAMA - CE** Contatos: **(88) 98136-1685**
Mae: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS** Pai: **PEDRO LEMOS DE ALMEIDA** SisPreNatal:
Plano: **Caminhão** Carteira: Validade: Autorização:
SUS - SUS:
Caráter do Atendimento: Procedencia: Especialidade: **TRAUMA/ORTOPEDIA** Profissional Solicitante: **ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P**
Urgência: CRM Principal: Procedimento Solicitado: Perm. Maxima:

ANOTAYYES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio: AutORIZADO Até: **/ /** Prorrogado Até: **/ /**

Outros () Especificar:

Data da Saída: **10/01/2018** Motivo: () Curado () A perdido () Evasão () Transferido () Vítimo:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: **Fratura exposta do 5º d. dt direito**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

OPERAÇÃO:
Fratura exposta do 5º d. dt direito

SECUNDÁRIA:
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Paciente vindo de Jaguaretama por caminhão para direito (paciente ferido)
Admitido para avaliação e conduta.

Médico Responsável

Diretor Responsável

Aguraria de Bona Beira

Paciente ou Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
30 JUL. 2018

Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME: HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

7 - CNIS:
232800-3
4 - CNES:
232800-3

Identificação do Paciente
NOME: PEDRO CESAR LEMOS

6 - N° USP/HNS:
00111834

PEDRO CESAR LEMOS

7 - DOCUMENTO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8980003258645622

9 - N° DO TÍTULO:

MARIA LEONILDA BARRETO DE LEMOS

10 - NOME DOUTRINÁVEL:

PEDRO CESAR LEMOS

11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO):

RUA: DOM LUIS - 2386 - PROX A ARNOLDO - ZONA RURAL

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

JAGUARETAMA

8 - DATA DE NASCIMENTO:
10/06/1952

9 - SÉXO:
1 - Masculino

10 - RACIA / COR:
Parda

11 - TELEFONE DE CONTATO:

(88) 98136-1685

14 - TELEFONE DE CONTATO:

(88) 98136-1685

17 - COD. INPF/MUNICÍPIO/UF:
230670 CE 63.480-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Notável vitox e suco de
leite, mulo 11/06 e
mula u mula*

18 - PRINCIPAIS SINTOMAS JUSTIFICATIVAS DE INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS DE PROVAIS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE ALTAZIOS):

Pular os ms p Ry Mm

20 - TRANSPORTE PRINCIPAL: 21 - TRANSPORTE ADICIONAL: 22 - PESO CLÍNICO: 23 - ALTURA CLÍNICA: 24 - CÓDIGO DA CALIBRAÇÃO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO:

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408060042

27 - CLÍNICA:

28 - CARÁTER DA INTENSAÇÃO:

29 - DOCUMENTO:

30 - N° DO DOCUMENTO:

31 - CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:

TRAUMATOLOGICA

URGÊNCIA

C. N. S.

182215039540018

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO:

09/01/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO:

01/01/2018

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO:

40 - CNPJ DA EMPRESA:

36 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO:

41 - CNAE DA EMPRESA:

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO:

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CRON:

45 - ULTIMO LAVORO:

46 - LUGAR DE LAVORO:

47 - N° DO NIRE/LAII:

48 - LADOP/ENTRO:

49 - ENAO/SE/CLINICAS:

46 - ULTIMO LAVORO:

47 - LUGAR DE LAVORO:

48 - AUTORIZAÇÃO:

50 - CÓD. UNDI-FUN:

51 - N° DO AUTORIZADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

53 - ASSINATURA E CARIMBO INP DO REGISTRO DO CONSELHO:

F241/137

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL 2018



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro cassim lembas
DATA: 03 / 01 / 2018

LEITO: 52

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

*Reptiloma 2000
antepílio do 5-022*

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Benzodiazepínicos

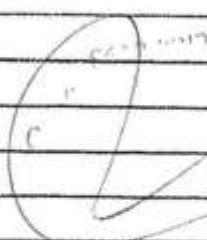
OPERAÇÃO:

*Antepílio Turgântio
do 5-022*

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 20/01/2018 FIM: 21/01/2018

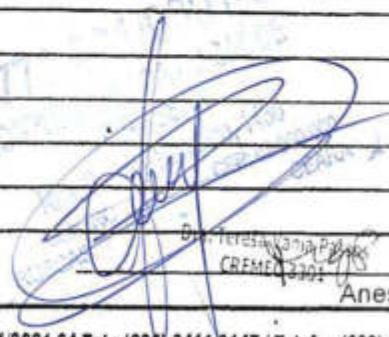
ACHADOS (DESCREVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)



Operador

Auxiliar

CONTAGEM COMPRESSAS:



Dra. Fernanda Maria Pinto
CRMESP 23041

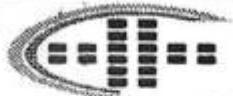
Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO N° 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: *Pedro cesar teixeira*

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

lúpus eritematoso sistêmico

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
09/01/18		<i>lúp. eritem. e articular e artrite de joelhos</i>
10/01/18		<i>po regularizar cota ampulha deu m</i>
10/01/18		<i>alta dr. ruy</i>

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO N° 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Nova História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro Henrique

ENFERMARIA: 3 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO: Reagreda tímico linfoma ag
ampliação parcial do 6º LDT direito.
Sem intervenção
Evolutas satisfatórias.

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS: Bx. Marca
Rx

*TÓTTO
LIMA
SANTAS CASAS UNIDAS*

PROCEDIMENTO REALIZADO: Laringo

TERAPÉUTICA UTILIZADA: _____

ADMISSÃO: 08/01/18 ALTA: 10/01/2018 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: Síndrome linfomatosa 6º LDT direito etiologia
histiocitose

OBSERVAÇÕES: Programar nova consulta

Dr. Antônio Francisco Faria

Assinatura

MÉDICO RESPONSÁVEL

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

30 JUL. 2018

UBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA



CNPJ: 07.770.001/0001-44

RECEITUÁRIO

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS

End: Rua 1000 número 1000

Até o momento
não foi ultimado o
atendimento.
Amplicação de
Ampliação frontal
do sr. Quirílio
de São Pedro.
Entregue em
26/07/2018

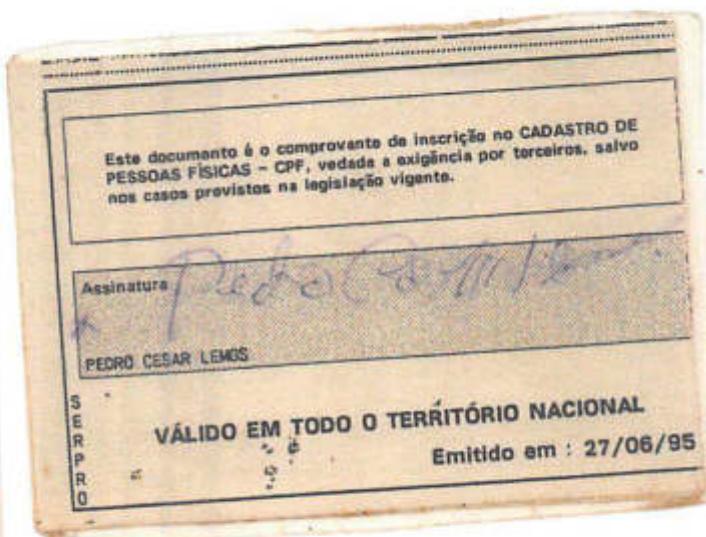
Data:

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE

Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN-CE CERTIFICADO DE REGISTRO E ENCERRAMENTO DE VEÍCULO			
03.00	01 595495630	0000000000	2016
WALDENBERGUS SANTIAGO COSTA FILHO			
RUSAS/CE			
00655579303	ORU4765		
*****/CE	953658243003399601		
CAR/CAMINHÃO/C. PESADO		DIESEL	
MOTOR: 16.12T/275CV/4EX		DATA FAB: 2013	DATA EXP: 2013
ALUGUEL		COR: BRANCA	
PAGAMENTO: COTA ÚNICA		PAGAMENTO: COTA ÚNICA	
PREÇO TOTAL: 105.81		PAGAMENTO: 110.38	
PAGAMENTO: 0.42		DATA DE PAGAMENTO: 11/07/2016	
CH ALONG 224970; *****/*****			
RUSSAS		LOGO:	
Assinatura:		DATA: 24/01/2017	

LEI QUE OBRIGA O USO DE SEGURO DE VÍCIOS CAUSADOS POR VEÍCULOS
EM URGÊNCIA NA VIAGEM, INVESTIGAÇÃO DE FURTOS DE CARROS, ATENTADO
A TRANSPORTADORES DE VALORES, SEU DÓBRO OPVAT

CE Nº 012965037243 BILHETE DE SEGURO OPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO OPVAT
00655579303 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA OPVAT 00655579303
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.opvatsegurodetranhao.com.br
SAC OPVAT 0800 927 1204

2016 24/01/2017

01	00655579303	ORU4765
595495630	MH/24.290 CRM 632	
2013 10	953658243003399601	

PRÉMIO TARIFÁRIO

VALOR PRE:	67.61	VALOR PAG: 5.29	VALOR DO RETURNO: 52.91
CUSTO DO SEU RETURNO:	4.15	PAGAMENTO:	110.38
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO:	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO:	DATA DE PAGAMENTO: 11/07/2016

DESPACHANTE: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
LOTE/DOSEGUARADORA: LIBIACORRETORADESEGURADORA
MOTOR: 20934940048049010001-04
www.seguradoraslibia.com.br

JUL-2016

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL., 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348465 **Cidade:** Jaguaretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:
Observações:

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276554/18

Número do Sinistro: 3180348465

Vítima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF: 711.363.393-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

PEDRO CESAR LEMOS : 711.363.393-53

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA
CPF: 004.071.683-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS