



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 : Jaguarétama
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](#)

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

Carta nº 13165165



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 LÍDER 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

Carta nº 13167093



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

Carta nº 13167315



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 LÍDER 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



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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (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 _____ de _____ **30 JUL 2018**
Local e Data

Declaro Receber o Valor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Extrato de Saque de
conta corrente

Data: 21-01-2018 Hora de fechamento: 15:00

Agência: 05438 - 000000 0000

Conta: 0127351-5

Nome: PEDRO CESAR FERREI

Tipo Cartão: 1 Débito Cartão: 01

Valor: 20,00

Op. Bradesco: 5438 000000 0000

REC: 002 MENSAGEM 1000

CICERO

REC: 02501263026 Autenticação: 803658

Conserve este Recibo

AUTENTICAÇÃO

0800 222 9933

UBIA 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 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 ou 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 PEDRO CESAR LEMOS	CPF titular da conta 711.363.393-53	Profissão APOSENTADO
Endereço AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	Número 1049	Complemento
Bairro PADRE SEBASTIÃO MARLENO	Cidade JAGUARETAMA	CEP 63480-000
Estado CE	Telefone (DDD)	

Declaro sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

☒ RECEBIMENTO DE RENDAS
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 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

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (10-1)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
Nº
03438
(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

01273515

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

(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

LIDER CORRETORA DE SEGUROS
10 SET. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de
conta poupança

Data 25/08/2018 Hora de Brasília 02:28
Agência 05438 - MANGUEIRA NORO
Conta 0122351-5
Nome PEDRO CESAR LEMOS
Tipo Cartão 2 Via Cartão 00
Valor R\$ 60
Ag. Bradesco 5438 MANGUEIRA NORO
POCO 062 - MANGUEIRA NORO
CICERO
RSN 025683857604 Autenticacao 025683857604
Conserve este Recibo

CAIXA DE POUPEMOS
0200 727 2833

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 SET. 2018
ASS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:

Município: **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**

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 Jaguaratama-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 Jaguaratama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaratama-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

DOCUMENTO ORIGINAL**30 JUL, 2018**

CÓPIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/06/2018 09:27:32



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214

X Gerson Roberto

X Juímar dasilva Santos

LIBIA 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").

Nome 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.

30 JUL. 2018

Local e Data

x *Pedro Cesar M...*

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 outra pessoa) 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

mjagareta@hotmai.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:

Assinar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 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 para 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.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Pedro Cesar Lemos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rodolfo Moraes da Cunha
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

40-17130000941



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



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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Edson Cesar Feres

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 65 Anos

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

1.º e 2.º exames de urina e sangue resultando em
comparação do 5.º quadrante, limbo e amplexo

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação com teste

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

SS: _____

BRABESCO

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

BRABESCO2610201805000000000023705438000000127351101250 PAGO

Nº DO CLIENTE

5965123-7

Para saber seu consumo, vá até 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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 01030-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.083.845-3



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

Rota 16 17020 40 073500 - 6 Data de Emissão 522512248
Nome MARIA SOCORRO DE LIMA 23/04/2018
End. Postal RU PDE SEBASTIAO MARLENO 01049
JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000
Medidor 756017 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 766437603-30 CGF
Nome do Responsável

DADOS

Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura
Abr/2018 23/04/2018 23/05/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	SOLANGELES			ELSD 19,32		
Mês	Fev/2018			ELSD 19,32		
	Base de Cálculo (R\$)			Apuração Individual		
	Internal	Trím.	Anual	Internal	Trím.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,09	0,00	0,00
PIC	3,23	6,47	12,95	1,08	0,00	0,00
DMIC	3,00			0,09		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

408-2F57-ED02-7740-1CF5-57...-1-6EF1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 6495	-351	1,00	144	0,00	30	0,24219	7,26
					70	0,41504	29,05
					44	0,62257	27,39
23-04-18	22-03-18		22-04-18		144		63,70

VALOR CONSUMO DO MES

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	63,70
MULTA MORATORIA REF 03/2018	9,70
JUROS DO IES	0,79
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	0,20
PTC-COFTNS COMPLEMENTAR-TARIFA RATA REND	11,60
	2,17

VENCIMENTO 02/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 88,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	20,34
Transmissão	3,45
Distribuição	13,40
Encargos Setoriais	3,50
Tributos (PIS-COFINS)	22,88
TOTAL	75,57

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses

137	144	132	142	155	137	136	143	127	159	119	124
133											

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 62,24 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consistência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

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

Consta desta fatura R\$ 5,99 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,94%

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,90%, conforme Resolução Normativa ANEEL n. 2.083/2018, com vigência de 22-04-2018 a 21-04-19. Saiba mais em: www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

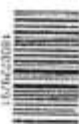
30 JUL. 2018

30 JUL 2018

HCSR SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



38

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SUS - SUS

Profissional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consultas: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

08/01/2018 12:42:17

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS

Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE

Telefone: (88) 98136-1685

Naturalidade: JAGUARETAMA - CE

Nome: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

Anotações de Outros Profissionais:

Nome: PEDRO LEM DE ALMEIDA

Sexo: M DN: 10/06/1952 - 65 A 6 M 28 D Est. Civil: Solteiro(a)

CNPJ: 898003258645622 CPF: 711.363.393-53

Identidade: 243024392 - SSP/CE

Raça/Cor: PARDA -

SistPreNatal:

Validade:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

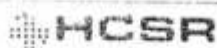
Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

SANTAS
CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

EX-2012018



1600229702

1600229702		08/01/2018 13:03:03		GUIA DE ADMISSÃO ()		GUIA DE ATENDIMENTO ()		TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003	
Documento				Nascimento		CNS		CPF	
00111834 - PEDRO CESAR LEMOS				10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D		898003258645622		711.363.393-53	
Documentos				Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
Identidade - 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992				M		Solteiro(a)		Parda -	
Endereço				Contatos		Escolaridade		Ocupação	
RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE				(88) 98136-1685				AGRICULTOR	
Notas em Saúde				Pai		CEP		Complemento	
JAGUARETAMA - CE				PEDRO LEMOS DE ALMEIDA		63.480-000		PROX A ARNOLDO	
Mãe								SisProNatal	
MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS									
Plano - Convênio		Carteira		Validade		Autorização			
SUS - SUS									
Caráter de Atendimento		Procedência		Especialidade		Profissional Solicitante			
Urgência				TRAUMA/ORTOPEDIA		ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P			
CID Principal		Procedimento Solicitado				Perm. Máxima (dias)			

ANOTAÇÕES 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 pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fratura Exposta do 5º D. DT Direito*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PRINCIPAL

Amputação do 5º D. DT Direito

SECUNDÁRIA: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Paciente vindo de Jaguaratama por trauma na mão direita (acidente com machete), admitido para avaliação e conduta.

Médico Responsável

Angela de Lima Almeida

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1. NOME DO ESTAB. (COM NOME DO SOLICITANTE)
 HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
 2. NOME DO ESTAB. (COM NOME DO SOLICITANTE)
 HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

3. CNES
 232800-3
 4. CNES
 232800-3

Identificação do Paciente
 1. NOME DO PACIENTE
 PEDRO CESAR LEMOS

6. Nº DO PRON. (Nº)
 00111834

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
 898003258645422

8. DATA DE NASCIMENTO
 10/06/1952

9. SEXO

1 - Masculino

10. RAÇA / COR
 Parda

11. NOME DO RESPONSÁVEL
 MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

12. TELEFONE DE CONTATO
 (88) 98136-1685

13. NOME DO RESPONSÁVEL
 PEDRO CESAR LEMOS

14. TELEFONE DE CONTATO
 (88) 98136-1685

15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA DOM LUIS - 2385 - PROX A ARNOLDO - ZONA RURAL

16. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JAGUARETAMA

17. COD. BOP. MUNICÍPIO (IBGE)
 230670

CE

18. CEP
 63.480-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Ata de vitas e sintomas de
 tuberculose, culebra, e
 lepra, e
 mais a mais*

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

*Tuberculose, lepra, e
 mais a mais*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20. CLÍNICA
 TRAUMATOLOGICA
 21. CARÁTER DA INTERNAÇÃO
 URGÊNCIA
 22. DOCUMENTO
 C. N. S.
 23. Nº DO DOCUMENTO
 182215039540018

24. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
 0408260042

25. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

26. DATA DA SOLICITAÇÃO
 09/01/2018

27. ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

29 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

30 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

31. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

34. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

35. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

38. COD. ORGÃO

39. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40. Nº DO DOCUMENTO (CNS / CNES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41. Nº DO DOCUMENTO (CNS / CNES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42. DATA DA AUTORIZAÇÃO

43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44. DATA CORRETORA DE SEG. LTI

30 JUL 2018

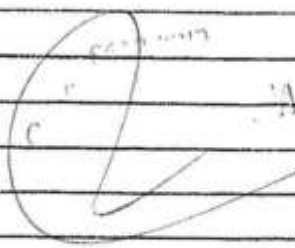
**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS****BOLETIM DE OPERAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Paula Cassia LeitesDATA: 03 / 01 / 2018LEITO: 52**DIAGNOSTICO CLÍNICO:****DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**Reptorização de
anterior do 5º DD**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:Biquil**OPERAÇÃO:**Anestesia
do 5º DD**CLASSIFICAÇÃO:**INÍCIO: 20:30:00 FIM: 21:50:00ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E
REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**O QUE FOI FEITO:**

- 1) Reptorização de
- 2) anestesia do 5º DD
- 3) Procedimento de
anestesia
- 4) Procedimento de
anestesia
- 5) Procedimento de
anestesia

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 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: Paulo Cesar Torres

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
07/01/18		Paciente admitido e realizado exame físico e 5º D.
09/01/18		1º PO regularização carta ampliadora de visão
10/01/18		alta dispensada.



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro Carlos Gomes

ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: 7

RESUMO CLÍNICO: Realizada cirurgia de
amputação parcial do 6º DDT direito.
Sem intercorrências
Evolutivas satisfatórias

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Bx. DDT
12+

PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia

TERAPÊUTICA 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: Amputação parcial do 6º DDT direito e hemiparesia
parcial do 6º DDT

OBSERVAÇÕES: Presença de hemiparesia

Dr. Aluisio Correia Filho

Med. Cirúrgico

MÉDICO RESPONSÁVEL

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

DATA

08.01.2018

HORA

09.34

SUS

NOME

Pedro César Lima

ENDEREÇO

Rua Sebastião Maranhão 3049

NOME DA RESPONSÁVEL

Márcia Lúcia Bezerra de Lima

Cartão SUS

858003258645622

PA

PESO

SPO2

DA

PULSO

TEMP

ALERGIAS DA ALERGIAS

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

35



CNPJ: 07.770.001/0001-44

RECEITUÁRIO

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS.

End.: rua primo.

Atendo por o paciente
eime foi subu-
tido o eime
11/ Prescrição de
Amptipico Transtipo
do 500. Disalento
de 100 Dtp.

Entre-ly
Data: 26/03/13 Alto deficiente

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




Assinatura do Titular

Pedro Cesar Lemos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
PEDRO CESAR LEMOS

Ng de Inscrição
711363393-53

Data do Nascimento
10/06/52



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2430243-92 29.07.92

Nome **PEDRO CÉSAR LEMOS.**

Família **Pedro Lemos de Almeida.
Maria Leocilda Barreto de Lemos.**

Jaguaretama-Ce 10/06/1952

**Cert. Nasc: 6.785, Iv: A/17, Fls: 135,
Cartório de Jaguaretama-Ce**

CPF
FORTALEZA-CE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Pedro Cesar Lemos*

PEDRO CESAR LEMOS

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/95

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965037243
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CHDO 01 595495630 10005000000 2016

WALLEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO

RUSSAS/CE

00655579303

ORU4765

*****/CE

95365824XDR339601

CAR/CATEGORIA/C. FICHA 001 DIESEL

VW/24.280 CRM 632

2013 2013

16.12T/275CV/4EX

ALUGUEL

BRANCA

1	*****	2	****	3	*****
2	*****	3	*****	4	*****
3	*****	4	*****	5	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$)	0.42	PREMIO TOTAL (R\$)	110.38	DATA DE PAGAMENTO	11/07/2016
------------------------	------	--------------------	--------	-------------------	------------

CH ALONG 224970;*****

RUSSAS

Igor Pontes



24/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
EM CIRCULACAO DE VIA TERRESTRE OU POR QUEBRA DE APESARAR
TRANSPORTADOS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012965037243 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

2016 24/01/2017

01 00655579303 ORU4765

595495630 VW/24.280 CRM 632

2013 10 95365824XDR339601

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	0.42	CUSTO DO BILHETE (R\$)	110.38
--------------	------	------------------------	--------

PREMIO TOTAL (R\$)	110.38
--------------------	--------

DATA DE PAGAMENTO	11/07/2016
-------------------	------------

LOTE/DOSEGUROADORA LIDARADPTAT7931

MOTOR: 2093494A04849280001-04

www.seguradoralider.com.br

JUL-2016

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348465 **Cidade:** Jaguaratama **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

CPF: 711.363.393-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

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

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS