
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033861

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 23/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200033861**

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 23/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033861

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 23/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000047254-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, 15 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200033861**

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 23/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033861

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 23/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/10/2020, 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: 208.631.10363 3 - CPF da vítima: 208.631.10363 4 - Nome completo da vítima: Lucineide Maria da Silva Sousa

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

5 - Nome completo: Lucineide Maria da Silva Sousa 6 - CPF: 208.631.10363
7 - Profissão: merendona 8 - Endereço: Rua Waldemiro Mendes 9 - Número: 94 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Paburu 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-210
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 987241586

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: _____
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 4254 8 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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, _____

Caucaia 17.01.2020.
Lucineide Maria da Silva Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019424558



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 5840 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/06/2019 11:48:18**
Data / Hora da Ocorrência: **23/01/2019 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 222, 0**
Complemento: **KM 10,9**
Bairro: **PADRE JULIO MARIA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CEMITÁRIO**

Noticiante(s)

Nome: **LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA**
Nascimento: **16/04/1952** CPF: **208.631.103-63**
RG: **96002538614** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CONCEIÇÃO DA SILVA**
JOSÉ PEREIRA DA SILVA
Endereço: **RUA VALDIMIRO CONDE, 44**
Bairro: **PABUSSÚ** CEP: **61.600-000**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98600-0692**

Histórico

QUE a noticiante relata que na data, local e hora acima especificados estava na parada de ônibus, esperando um Ônibus da linha Coité Pedreiras, quando foi colidida por uma motocicleta, HONDA CG 125 FAN KS, placas NRA1095, cor preta, a qual era pilotada por THIAGO DA CONCEIÇÃO DE PAULO; QUE a partir desse momento, a noticiante teria ficado desacordada, e apenas teria acordado quando se encontrava no Hospital Municipal de Caucaia; QUE sabe dizer que no momento do acidente também se encontrava uma pedestre, a qual posteriormente foi informado que se tratava de Bruna Rafaela Araujo Correia da Silva, a qual também foi colidida pela mesma motocicleta; QUE acrescenta que após o acidente, populares levaram a noticiante para o Hospital; QUE foi transferida para o IJF, onde teria passado 24h; QUE não foi necessário intervenção cirúrgica; QUE teve várias lesões em seu braço esquerdo, perna esquerda e face pelo lado esquerdo; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Andreia Braga
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120335

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Lucineide Maria da Silva Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

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: 208.631.10363 3 - CPF da vítima: 208.631.10363 4 - Nome completo da vítima: Lucineide Maria da Silva Sousa

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

5 - Nome completo: Lucineide Maria da Silva Sousa 6 - CPF: 208.631.10363
7 - Profissão: merendona 8 - Endereço: Rua Waldemiro Mendes 9 - Número: 94 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Paburu 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-210
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 987241586

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: _____
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 4254 8 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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, _____

Caucaia 17.01.2020.
Lucineide Maria da Silva Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

67 anos

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO			
DATA: 23/01/14	HORÁRIO: 14:11	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS (X) AMBULÂNCIA ()	
PACIENTE: Lourenço Maria da Silva Costa			
NOME DA MÃE:			
DATA DE NASCIMENTO: 16/04/52	CARTÃO DO SUS:		ÍNDIO: () SIM () NÃO
IDADE: 61 ANOS	SEXO: M () F (X)	RG:	TELEFONE:
ENDEREÇO: Saldimiro Mendes N: 44			
BAIRRO: Paburu	CIDADE: Pouso	ESTADO: RJ	FUNCIONÁRIO: Marcelo

ACOLHIMENTO

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: acidente de moto.

CLÍNICO() CIRURGIÃO(x) TRAUMATOLOGISTA(x) PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

[illegible]

SEM DOR		DOR LEVE		DOR MODERADA		PIOR DOR POSS	
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:		
14:30	142/83				53/		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO(/) VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

201124209

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:
-------	-------------------

HISTÓRIA CLÍNICA:

HISTÓRIA CLÍNICA:
Paciente vítima de atropelamento, por motorista
apresentando trauma no pé, coberto pelas E.C.
paciente apresenta perda de consciência com perda
de memória, propõe 15, com desconforto

sendute - (1) 50tuna. ~~aplicação~~
(2) Avaliação no ortopedie
(3) Avaliação para JFF

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Observações: plano, lãcido, indol e papaça, 136

Fraktur des neuen ZS

CONDUTA:

James [Signature]

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X() ULTRASSOM() ENDOSCOPIA() ECG() OUTROS: () _____ () _____ () _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-11-2010 BY 60322 UCBAW

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINAT
	SR 1000ml EV 1/2 potes/m, p Pipirone 2-18 AD, EV; 5/6 horas		(530) (500) 14:52

17:44 Paciente vítima de acidente, tipo choque elétrico
aguardando transferência para CRL.
Imediatamente estar.
EC: 60 bpm, SA, eupneica, orientada, Glasgow = 15
sem psicose, Dx: HT
Ex: ASD imobilizado
at: controle glicêmico
1) SRL 500ml EV com 30 min ()
2) Ins regular OBUS SC (16:20)
3) medicação após HV.

Dr. João Roberto Nobrega
Médico
CREMEC 18.513

Dr. 17:40 Ver
carga Dx = HT
Dx = HT
Téc. ENF
COREN-CH

17:50 Paciente volu com desconpensão glôm
nega insuficiência cardíaca.
ED: 580, 97 a SRL 1000ml EV senta
Insulina regular SUI EV em bolus

Dr. João Laerte
Médico
CREMEC 1910

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO: 16:10h	HORÁRIO: 18:30	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 153/62 mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg
T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C
GLICEMIA: 111 mg/dl	GLICEMIA: 115 mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl
FC: 91 rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm
SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

() ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO - MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:

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: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000047254-8

Nr. da Autenticação B1ADE352A3D6D690

DADOS DO CLIENTE

 Nome: **LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA**

 End. Entrega: **RUA VALDÍRIO CONDES, 44, NOVO PABUSSU**

 Cidade: **CAUCAIA**

End. Entrega:

Cidade:

 Local: **129**

 Setor: **004**

 Quadra: **0047**

 Lote: **0260**

 CEP: **0000**
ECONOMIAS

 Residencial: **001** | Comercial: **000** | Industrial: **000** | Público: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumetria	Média Semestral m³
ÁGUA	R05L140792	1319	1327	8	12

DATAS

 Leitura Atual: **25/11/2019**

 Emissão: **25/11/2019**

 Lacre Água: **3548090**

 Leitura Anterior: **24/10/2019**

 Próxima Leitura: **24/12/2019**

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	145	145	047	145	145
Analisadas	145	145	145	145	145
Em conformidade	145	145	145	136	145

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

Valor (R\$)

40,30
HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
mar/19	20	0
abr/19	14	0
mai/19	14	0
jun/19	15	0
jul/19	16	0
ago/19	12	0
set/19	10	0
out/19	7	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PTS	0,38
COFINS	1,92

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,10
VALOR DO SUBSÍDIO	0,80
VALOR TOTAL A PAGAR	40,30

 MÊS/ANO
11/2019

 VENCIMENTO
12/12/2019

 TOTAL A PAGAR (R\$)
40,30
I:357015056040675 L:1505 H:12:50:32 R:076 P:001
ONDE PAGAR SUA FATURA

 Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195


É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 385 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ANAC: www.anac.gov.br.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0402-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Adenilson Rangel de Aguiar

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Racineide Maria da Silva Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 208.631.103 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Racineide Maria da Silva Moura

inscrito (a) no CPF sob o Nº 208.631.103, 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>216</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Soledade</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: Caucaia 17.01.2020.

Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha

67 anos

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 23/01/14 HORÁRIO: 14:11 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS (X) AMBULÂNCIA ()

PACIENTE: Lourenço Maria da Silva e Silva

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: 26/04/52

CARTÃO DO SUS:

IDADE: 67 anos

SEXO: M() F(X)

RG:

ÍNDIO: () SIM () NÃO

TELEFONE:

ENDEREÇO:

Salvador Mendes N: 44

BAIRRO:

Pedras

CIDADE:

Guarapuá

ESTADO:

CE

FUNCIONÁRIO:

Mauro

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

acidente de moto.

CLÍNICO() CIRURGIÃO(X) TRAUMATOLOGISTA(X) PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SEM DOR

DOR LEVE

DOR MODERADA

PIOR DOR POSS

HORA:

14:30

PA:

142/83

TEMP:

SpO2:

F.C:

GLICEMIA:

133

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO(X) VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

20/11/2014

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERN

HORA:

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de moto, com lesões múltiplas, apresentando trauma no tórax, cabeça, membros superiores e inferiores, com perda de consciência, com perda de memória, prévio: 15, com desconforto

conduta: 1) Estimação da lesão
2) Avaliação da ortopedia
3) Avaliação da neurologia

Observação: plano, plano, indol a palpação, 133

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura do membro superior direito

CONDUTA:

ferir

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X() ULTRASSOM() ENDOSCOPIA() ECG() OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINAT
	SR 1000ml EV 1/2 potes/m, p Pipirone 2-18 AD, EV; 5/6 horas		(530) (500) 14:52
17:44	paciente vítima de acidente, doo deslocamento aguardando transferência para CRL. imediatamente estar. 66seg/sem, SA, eufórica, orientada, Glasgow = 15 sem psicose, Dx: HT Ex: ASD imobilizado at: controle glicêmico 1 SRL 500ml EV com 30min () 2 Ina regular OBUS SC (16:20) 3 Ina Dx após HV.		do 17:40 Ver Ex = HT Dx = HT CRÉDITO CRÉDITO
17:50	Paciente volui com desconforto gástrico Nega insuficiência cardíaca. Ex: 5 FQ, 9 a 5 RL 100ml EV senta Inala regular SUI EV em 30s		

Dr. João Roberto Nobrega
Médico
CRM-MG 18.513

Dr. João Laerte
Médico
CRM-MG 19.10

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

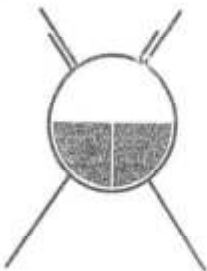
HORÁRIO: 16:10h	HORÁRIO: 18:30	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 153/62 mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg
T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C
GLICEMIA: 111 mg/dl	GLICEMIA: 115 mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl
FC: 91 rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm
SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

() ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO - MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:



OF TALMOLOGISTAS

Dr. Ismar Dias

ROE 039 CREMEC 21720

Dr. Thiago Dias

ROE 6484 CREMEC 11770

CONVÊNIO:

ENIEM, MAPVIDA, PETROBRAS, CASSI, FAMED,
SEPRO, CAMEB, FACHESF, ASSEFAP, CAFAL,
CORREIOS, BRABESCO SAÚDE, MEDISERVICE.

PARA LENTES DE CONTATO E CONSULTAS

PARTICULARES LIGUE 3254-1907

TODOS OS EXAMES SÃO REALIZADOS
COM APARELHOS COMPUTADORIZADOS

Rua Perboyre e Silva 111 - 5/505 - Centro

FONES: 3254-1907 / 3226-1669

Fortaleza - Ceará

HORÁRIO: 2ª à Sexta de 8:00h. às 11:30h.
E 14:00h. ÀS 17:00h.

EXAMES CLÍNICOS, CIRURGIAS E
ADAPTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO

Clinica de Olhos Dr. Ismar Dias

LAUDO OFTALMOLOGICO

Paciente: Lucineide Maria da Silva Sousa

Apresenta Acuidade Visual com correção em OD
20/40 e OE 20/50, catarata senil (CID H25.9) em
AO, mais acentuada em OE, sequela traumática no
bordo supra orbitário do olho esquerdo, causando
retração da pálpebra superior e maior exposição da
fenda palpebral.

Fortaleza, 15/07/2019

Dr. Ismar Dias da Silva

Dr. Ismar Dias
Oftalmologista

CREMEC 2120 ROE039

TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: : LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE SUPRACITADO(A) TEVE FRATURA DE 1/3 PROXIMAL DO ÚMERO ESQ., NO DIA 23/01/2019, APÓS ACIDENTE DE MOTO (SIC), REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO E REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA. PACIENTE EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO CHEGANDO ATÉ 110 GRAUS DE ELEVAÇÃO, CONSIDERADO UM ARCO DE MOVIMENTO FUNCIONAL. PACIENTE NÃO APRESENTA DOR OU PARESTESIAS

PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA AMBULATORIAL, COM CONCLUSÃO DE SEU TRATAMENTO

CID: S42.2

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Ombro e Cotovelo / Trauma do Esporte
CRM-CE 14557 / TEOT 15606 / RQE 8519

DR. GABRIEL XIMENES ALMEIDA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
OMBRO E COTOVELO / TRAUMA DO ESPORTE
CRM 14557 / TEOT 15606

Fortaleza, 22/07/2019

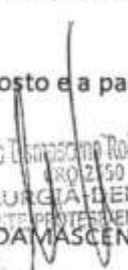
ODONTOLOGIA

PACIENTE: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto para os devidos fins que a paciente citada acima teve fratura no ângulo mesio incisivo vestibular da unidade dentária 11 e fratura total da coroa com exposição pulpar da unidade dentária 21 no dia 23/01/2019, após uma motocicleta ter colidido com a mesma enquanto se encontrava na parada do ônibus Coite/Pedreiras em Caucaia. A mesma compareceu ao meu consultório no dia 07/03/2019 para orçamento, onde, após exame clínico e radiográfico, ficou constatada a necessidade de restauração de resina classe IV no elemento 11 e tratamento endodôntico, pino de fibra de vidro, coroa provisória e coroa definitiva no elemento 21.

Foi realizado o tratamento proposto e a paciente encontra-se de alta após a conclusão do seu tratamento.


ANTONIA DAMASCENO ROCHA SIQUEIRA
CRO 2550
CIRURGI-DENTISTA
ESPECIALISTA EM PROTESE ENDODONTIA
DRA ANTONIA DAMASCENO ROCHA SIQUEIRA/CRO 2550

Especialista em Implantodontia

Especialista em Prótese Dentária

Caucaia, 01 de agosto de 2019

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: 3200033861
Data da solicitação: 43.10.2020
Nome do beneficiário: Racineide Maria da Silva Sousa
CPF do beneficiário: 208.631.40363
Nome do solicitante: Racineide Maria da Silva Sousa
CPF do solicitante: 208.631.40363

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 984241586 . Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: _____

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: _____ (DESCREVER)

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

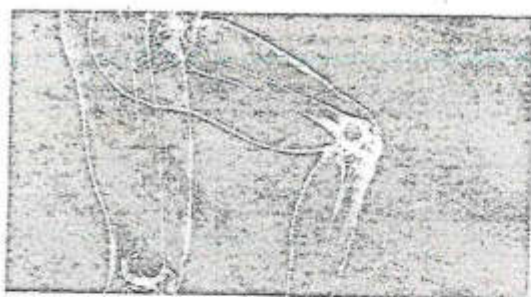
Racineide 43.10.2020
Local e Data
Racineide Maria da Silva Sousa
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

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).



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **23/01/2019**. **SOFREU FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO E TRAUMATISMO DO OLHO ESQUERDO**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE AMBAS AS LESÕES - IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA E MEDIDAS LOCAIS EM TRAUMATISMO DO OLHO ESQUERDO. APÓS CICATRIZAÇÕES DAS LESÕES, REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL, DÉFICIT DE FORÇA E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO; ALÉM DE REDUÇÃO DA ACUIDADE VISUAL DO OLHO ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 75% DO OMBRO ESQUERDO E DE 40% DO OLHO ESQUERDO.

DATA 13/10/20

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RPP - 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

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 PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Lucinete Maria da Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROBADO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96002538614 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/05/2018

NOME
FILIAÇÃO
LUCINETE MARIA DA SILVA SOUSA
JOSÉ PEREIRA DA SILVA
MARIA CONCEIÇÃO DA SILVA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO
16/04/1952

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MIRAMÉ TERMO: 287 FOLHA: 186 LIVRO: B
01 CAUCAIA - CE
CPF 208.631.103-63

2 VIA

Francisco Manoel Fagundes de Azevedo
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 4

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

ISO CONSULTOR
CAPTULADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Lei 13.191/2016)



ASSINATURA DO PORTADOR



RESERVAÇÃO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34130

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NACIONALIDADE
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

90002287191 - SSP
DATA DE EMISSÃO E VALIDADE
NÃO

420.118.223-72
VIA SUPERIOR EM
02 07/07/2016

MARCELO MOTA CUNHA DO AMARAL
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033861 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 23/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do úmero proximal esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 40°, mobilização passiva anormal. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do úmero proximal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento datados em 23/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e conservador para a fratura do úmero proximal esquerdo. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do ombro esquerdo.
Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200033861

Nome do(a) Examinado(a): LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): R VALDEMIRO CONDES, 44, , 61.600-240, NOVO PABUSSU, Caucaia/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: ssp ce / 96002538614

Data e local do acidente: 23/01/2019 - Caucaia/CE

Data e local do exame: 31/01/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do úmero proximal esquerdo.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e conservador para a fratura do úmero proximal esquerdo. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 40°, mobilização passiva anormal. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, devido à redução da mobilidade e força.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

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

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

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


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028739/20

Vítima: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

CPF: 208.631.103-63

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/01/2019

Titular do CPF: LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

LUCINEIDE MARIA DA SILVA SOUSA : 208.631.103-63

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: 21/01/2020
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA