

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190696440**

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000046342-5

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2020, 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

Carta nº 16072109

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.606.043-25 4 - Nome completo da vítima: Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira

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

5 - Nome completo: Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira 6 - CPF: 061.606.043-25

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Belo Horizonte 9 - Número: — 10 - Complemento: —

11 - Bairro: — 12 - Cidade: Caucana 13 - Estado: CE 14 - CEP: 65600-004

15 - E-mail: (85)987261586. 16 - Tel.(DDD):

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)

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 463425 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

Caucana 31.10.2019

Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA		6 - CPF:	061.606.043-25
7 - Profissão: Autônomo	8 - Endereço: BICHO BOMBO	9 - Número:	10 - Complemento:	—
11 - Bairro:	12 - Cidade: CAUCANA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 65600-004	15 - E-mail: (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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3281 <input type="checkbox"/> CONTA: 463425 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <i>Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</i>	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data, Caucana 31.10.2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---	---

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019759681



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 9932 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 10:49:45**

Data / Hora da Ocorrência: **07/09/2019 03:40:00**

Endereço da Ocorrência: **ROD 085 PROXIMO AS PALMEIRAS, GARROTE - CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA**

Nascimento: **20/01/1993** CPF:

RG: **20075088490** Orgão Emissor: **SSP** UF:

Filiação: **MAIRA LUCIMAR DE JESUS DA SILVA
VILMAR MARQUES DE OLIVEIRA**

Endereço: **RUA MANOEL FIRMINO , 6**

Bairro: **TABAPUÁ**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL** CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **AHJ6010** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWZZZ377VP620212** Renavam: **685388018** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL MI** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **RAIMUNDO NONATO COELHO** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrita, viajava em seu veículo já mencionado acima, quando este deu problema de mecânica; Que o declarante estacionou o carro no acostamento e deixou o mesmo to sinalizado e foi abrir o capô para ver o que tinha acontecido, quando um veículo de marca Fiat de placas que não sabe informar, colidiu na traseira do seu veículo; Que o declarante foi jogado pelo seu próprio carro; Que o Fiat parou e conseguiu ligar e saiu; que alguns amigos do declarante que vinha passando seguiram o carro e conseguiram aborda-lo; Que o motorista foi identificado pelo nome de Brasilia residente na localidade de Matões; Que o declarante foi levado para o hospital por Municipal de Caucaia por uma Ambulância e seis dias depois foi transferido para o Hospital de Quixeramobim onde foi operado da perna direita.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Joenildo Moura de Menezes
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

Escrivão de Polícia

Mat.: 61369

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019759681



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 9932 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696440 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do platô tibial direito, conforme documentos de pronto atendimento de 07/09/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo femorotibial com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em joelho direito, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciado relatou a existência de lesão no pé esquerdo, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão. Assim sendo, do ponto de vista clínico não é possível relacionar a referida lesão com o presente sinistro.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
061.606.043-25		Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira	061.606.043-25		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônomo	Bombeiros	—	—
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
—	Caucana	CE	65600-004
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:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo - Assinalar uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3281	CONTA: 46342-5	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
<small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no CRM)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo): <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Caucaia 31.10.2019

Carlos Zoberto de Jesus de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 07/09/19 HORÁRIO: 05:28 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()

PACIENTE: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira

NOME DA MÃE: JHA Lucimair de Jesus da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93 CARTÃO DO SUS: ÍNDIO: () SIM () NÃO

IDADE: 26a/ SEXO: M() F() RG: 20075088290 TELEFONE: 91868501

ENDEREÇO: Rua Hansel Firmino, Nº 06.

BAIRRO: Bebedoura CIDADE: Caucala ESTADO: PE FUNCIONÁRIO: he

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M1D

CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLÓGISTA() PEDIATRA()

SINAIS VITais

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	

HORA: 05:30 PA: 90/180 TEMP: SpO2: 100% F.C: 94 GLICEMIA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

COREN-CE 1256.996

TAC. Entendido.

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

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

Caro paciente com história de cobiunte de 20 dias apresentando dor em perna direita e região distal. Nervo saphenous presente. Escravo da mal da perna

CD: RX da perna
 RX da coluna torácica

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Eduardo B. Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 14846

CONDUTA:

EXAMES SOLICITADOS:

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Ar Rosana

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 00000046342-5

Nr. da Autenticação 0A0C3E0D3273EA4F

Nome MARIA LUCIMAR DE JESUS DA SILVA
 Endereço BEBEDOURO 00000
 61600-004 CAUCÁIA SEM BAIRRO 2200-000
 Classificação Rural Residencial Rural
 Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1546185-INE-019 - CA610R05

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8FC1.BD46.2C56.2359.22A3.4B6C.6500.0E3F

DATA DE EMISSÃO

15/10/2019

DATA DE LEITURA

Anterior 14/09/2019

Atual 15/10/2019

Prev. Prox. Leitura 14/11/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/10/2019

1/4/1

Nº do Cliente:

9681143

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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 029449826

Rota CA020U08 - 44200

Referência 10/2019

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE

Classificação RESIDENCIAL Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Emissão 29/10/2019

Ligaçāo Monofásico

Medidor 4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO

2F1680484DDE62B57D016A820D816041A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.P.: 32 dias

Anterior 27/09/2019 Atual 29/10/2019 Próxima prevista 28/11/2019



DADOS DA MEDICĀO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.694	3.592	1,08	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO 05/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

97,72

CONSUMO CONSCIENTE

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

0,00%

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 | 100

39,82 | 0,00 |

INFORMAÇĀO AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143 Referência: 10/2019 V:[1.0.0.5]
 Data de Emissão: 29/10/2019 Total a Pagar (R\$): 97,72 088 - 0851472918
 Nº da Nota Fiscal: 029449826 Nº de Controle: 20003772637

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9



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: 4020-1596 / 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 Ouvintoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOSÉ ADENILSON LIMA DE AZEVEDO

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

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.606.043-25,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.606.043-25, 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>PAULO GOMES DA SILVA</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>PRAIA SANTONHO</u>	Cidade:	<u>CAUCAIA</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:				CEP:	<u>65603-070</u>

9787261586

Local e Data: Paucoia 31.10.2019.

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 07/09/19 HORÁRIO: 05:28 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()

PACIENTE: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira

NOME DA MÃE: JHA Lucimair de Jesus da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93 CARTÃO DO SUS: ÍNDIO: () SIM () NÃO

IDADE: 26a/ SEXO: M() F() RG: 20075088290 TELEFONE: 91868501

ENDEREÇO: Rua Hansel Firmino, Nº 06.

BAIRRO: Bebedoura CIDADE: Caucala ESTADO: PE FUNCIONÁRIO: he

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M1D

CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLÓGISTA() PEDIATRA()

SINAIS VITais

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	

HORA: 05:30 PA: 90/180 TEMP: SpO2: 100% F.C: 94 GLICEMIA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

COREN-CE 1256 096

TAC. Entendido.

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

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

Caro paciente com história de cobiunte de 20 dias apresentando dor em perna direita e região distal. Nervo saphenous presente. Escravo da mal da perna

CD: RX da perna
 RX da coluna torácica

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Eduardo B. Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 14846

CONDUTA:

EXAMES SOLICITADOS:

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Ar Rosana

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

中華書局影印

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: _____ / _____ mmhg			
T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C
GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl
FC: _____ 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:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

REFEITURA MUNICIPAL DE BAIXIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARELARDO
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos ~~Zózefo~~ de Jesus

6 - N° DO PRONTUÁRIO
35265

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/02/93

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Minha lucinha de Jesus

11 - FONE DE CONTATO
91 868509

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Manoel Trêmiro 06 Bebedouro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cucu

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
23.03.70

15 - UF

16 - CEP
61600010

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando
dor e limitação de amplitude do joelho
direito. Neurovascular perniciosa.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de placa fibular D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308050019
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Fláuma

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eduardo B Oliveira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/09/15

32 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONCELHO)

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 14846

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

231916105669-0

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/09/19

48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 35265

NOME: Carlos Robert da Silva					
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93	IDADE: 26A	COR: M	SEXO: M	ESTADO CIVIL: Solteiro	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: 20075088490		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO N°	
PAIS: Vilma Marques de Oliveira e Matilde Mariz de Jesus					
ENDEREÇO DO PACIENTE: Manoel dinâmico					
BAIRRO: Belvedere	MUNICÍPIO: Caucaia		FONE: 91868509		
NOME DO RESPONSÁVEL: Rosana Leira da Silva					
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 07/09/15		HORA DE EMISSÃO: 07:28 h		FUNCIONÁRIO: JAIK	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Paciente vítima de queda com dor e deformidade em joelho D.					
EXAME FÍSICO: Dor Edem.					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Fratura de placa fibular D					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<p>Eduardo B. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM: 14846</p>					
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR ABELARDO GADELHA DA ROCHA

EVOLUÇÃO TRAUMATOLOGIA 12.09.2019 8:13

LEITO 402

PACIENTE: CARLOS ROBERTO DE JESUS, ENTRADA EM 07/09/2019 POR:

- **FRATURA DE PLANALTO TIBIAL D**
- **EM USO DE: SINTOMATICOS**
- **COMORBIDADE: NDN**

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUINDO BEM, ESTÁVEL E SEM QUEIXA DE DOR, ACEITANDO DIETA, EXCRETAS PRESENTE.

CONDUTA:

- 1) MANTIDA + AGUARDA VAGA DA CENTRAL

disponível, conseguir vaga em HRSC

*Francisco Ferreira Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 026566-GMEC: 20334*



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCÁIA
NOME: CARLOS ALBERTO D

NOME: CARLOS ALBERTO DE JESUS

LEITO: LEITO 402

HD: FRATURA DE PLANALTO DIR

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

CINHOZ ZOBGNTW

Receituário

Rx (de D.CAP|P)



3342.8113
R. Napoléon Bonaparte
Viana Pa. Saldade, 36
Ceará - Br.
Centro De Saúde
Centro De Saúde

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Com. ZOBENTO

Receituário

RX

Ósso (menos)

1 DIPIMAR 500MG —

TOMAR 2 COMP 8/8H, SE RR

3342.8113 —
R. Napoleão Bonaparte
Viana Esq. Soledade, 36
Horário de Funcionamento: 08:00 às 12:00
Dr. Abílio
Dr. Abílio

22 OUT. 2019

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA		
Idade	26 ano(s) 7 mes(es) e 30 dia(s)	Sexo	Masculino
Endereço	MANOEL FIRMINO		
Num:	06	CEP:	61676-899
		UF:	CEARÁ
		Cidad	CAUCAIA

Localizaçã

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 05 Leito 419
Internaçã 12/09/2019 12:25 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, APOS OSTEOSÍNTESE DE FRATURA PLATO TIBIAL, EM BOM ESTADO GERAL, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS, SEM SINAIS DE TVP, EUPNEICA, NORMOTENSA. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL PROFILÁTICO, PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO (MECÂNICO – CINESIOTERAPIA E XARELTO); CUIDADOS COM CURATIVO DIÁRIO; MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (PÉ, TORNOZELO, JOELHO, QUADRIL); MOVIMENTAR JOELHO CONFORME DOR; NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO ATÉ SEGUNDA ORDEM. RETORNO COM 02 SEMANAS. SOLICITADO RX DE CONTROLE.

Exames

rx

Terapêutica

tto cirúrgico de fx de plato tibial

Sequelas Apresentadas

Diagnóstic

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da

19/09/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

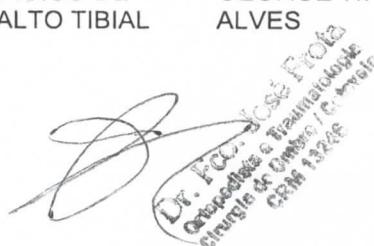
Responsáve

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 19/09/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050551	Procedimento Eletivo	17/09/2019 19:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	GEORGE WALLACE FREIRE ALVES

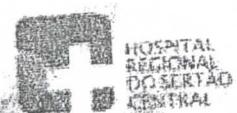

Dr. F. G. J. C. F. A.
Ortopedista e Traumatologista
CRM 132246
CRM 132246

Paciente CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA
Idade 26 ano(s) 7 mes(es) e 30 dia(s) Sexo Masculino
Endereço MANOEL FIRMINO
Num: 06 CEP: 61676-899

Pront. 17403
BEBEDOURO
Cidad CAUCAIA

Localizaçā Leito 419
Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 05
Internaçā 12/09/2019 12:25 Alta: * Não Informado * Não Informado

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



ISGH | GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

~~CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA~~

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO

POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

582.

Dr. Fco. José Fróta
Ortopedista e Traumatologista
Clínica de Quixerá / Ceará
CRM 13.248

DATA: / 19/09/19

MÉDICO | CREMEC



CONTATO
(88) 34061300



ISGH | GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização social mantida com recursos públicos
provenientes de suas imposições e contribuições sociais

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Paciente:

Carlos Zoberto de Jesus

Médico:

Especialidade:

Horário:

13:00

Data:

03/10/2019

Seg Ter Qua Qui Sex Sáb Dom

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

NAME: Jônatas Zelito de Freitas Oliveira	IDADE: 11/09/19		
DIAGNÓSTICO/COMORBIDADES: Ex. T.I.C. D	DATA: 11/09/19		
ESPECIALIDADE: Enem	LEITO: 402		
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
EVOLUÇÃO DIÁRIA		PREScrição	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> VERBALIZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input checked="" type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> GEMENTE AVALIAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA SSW: <input type="checkbox"/> H		PA: <input type="checkbox"/> T: <input type="checkbox"/> SAT: <input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO: <input checked="" type="checkbox"/> AVP. LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> M.S <input type="checkbox"/> DATA: 09/09 TROCA: 12/09 <input type="checkbox"/> FLOGOSE CATETER CENTRAL: INSERÇÃO: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> RETIRADA <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> (FLOGOSE CURATIVO CICC RESPIRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO DISPOSITIVOS: <input type="checkbox"/> NBZ <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> MV % <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> DRENO TÓRAX <input type="checkbox"/> RESERV. 100% TROCA DE SELO D'ÁGUA DO DT: TROCA DE LATEX E CHICOTE LIMPEZA DE CÂNULA DE TQT MOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUX. <input type="checkbox"/> RESTRITO AO LEITO <input type="checkbox"/> ACAMADO ESCALA DE BRADEN: <input type="checkbox"/> PONTOS MUDANÇA DE DECUBITO: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> H UPP: <input type="checkbox"/> GRAU/ BORDAS: <input type="checkbox"/> SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> NECROSE <input type="checkbox"/> CURATIVO DE UP-COBERTURA: NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> VO : ACEITAÇÃO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT	

TROCA DE FIXAÇÃO DE SNG/SNE	()
CURATIVO DA GTT	()
EVACUAÇÃO: () PRESENTE () AUSENTE: DIAS () DIARRÉIA () MELENA () OSTOMIA	()
CARACTERÍSTICAS DO ÓSTIO:	()
TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA: ()	()
DIURESE: () ESPONTÂNEA () SVD INSERÇÃO: / RETIRADA: / () CISTOSTOMIA	()
CARACTERÍSTICAS DIURESE:	()
TROCA DE FIXAÇÃO DE SVD + LIMPEZA DO ÓSTIO URETRAL	()
CURATIVO DE CISTOSTOMIA	18 06
BALANÇO HÍDRICO	()
HIGIENE: () ASPERÇÃO () BANHO NO LEITO/ HIGIENE ORAL	()
PELE: () INTEGRA () SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE. LOCAL:	()
INTENÇÃO: / EXTENSÃO: () SECREÇÃO () NECROSE	()
CURATIVO FERIDA: COBERTURA:	

INTERCORRÊNCIAS/INTERVENÇÕES:

2 OU MAIS SINAIS DE SIRS:
ABRIR PROTOCOLO PARA SESE:

- () Hipertermia 37,8 C
- () Hipotermia < 36,0 C
- () FR >20 rpm
- () Leucocitose >12000mm³
- () Taquicardia
- () Taquipneia

Visitação: M. de Jesus P. 058.447-ENF	Posse:
EVACUAÇÃO: () PRESENTE () AUSENTE: DIAS () DIARRÉIA () MELENA () OSTOMIA	()
CARACTERÍSTICAS DO ÓSTIO:	()
TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA: ()	()
DIURESE: () ESPONTÂNEA () SVD INSERÇÃO: / RETIRADA: / () CISTOSTOMIA	()
CARACTERÍSTICAS DIURESE:	()
TROCA DE FIXAÇÃO DE SVD + LIMPEZA DO ÓSTIO URETRAL	()
CURATIVO DE CISTOSTOMIA	18 06
BALANÇO HÍDRICO	()
HIGIENE: () ASPERÇÃO () BANHO NO LEITO/ HIGIENE ORAL	()
PELE: () INTEGRA () SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE. LOCAL:	()
INTENÇÃO: / EXTENSÃO: () SECREÇÃO () NECROSE	()
CURATIVO FERIDA: COBERTURA:	

Cic. prof: Renielly Rodinique
ENFERMEIRO/COREN



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS

LEITO: LEITO 402
HAB: FRAJURA DE FLANALO E...



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PREScriÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

GOVERNO MUNICIPAL DE

CAUCAIA

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS

LEITO: LEITO 402

HD: FRATURA DE PLANALTO DIR

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

DATA	MEDICAÇÕES	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES
		CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO	
10/09/2019	1) DIETA GERAL	SN	AD 10:31 hs Presidente Lourdes - ente, orientado e paciente	
	2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N	SN	Verbalizado. Destruído os 1000	
	3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12HS S/N	SN	AUP em JUSE (09/09) Agita	
	4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N	06.	dieta VO. Diversas queixas	
	5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEJUM	SN	fisiológicas presentes. Sem	
	6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO	SN	queixas alérgicas. Sogre de	
	7) TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8HRS S/N	SN	excedentes de enjôos	
	8) CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO SE PA>=160X100MMHG	100	$T = 33,9^{\circ}\text{C}$ PA = 130X100. E	
	9) SSVV + CCGG	06/09	de onf. Isabela	
	CLEXANE 40MG SC 1X DIA AS 18H		optativa 100%	
			Un 21hs. TA: 30x60 mmHg	
			T = 36°C P: 89 bpm	
			Facial condensante ventilar	
			Vulva: acetato dura, rugosa e com umidade	
			erupções	



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Camila Zobento

Receituário

- 20 sessões Fisio
- FX PCD TIB D
em consultório
- ADM + DIA CRES

3342.8113
R. Napoleão Bonaparte
Viana Pq. Soledade, 36
Caucaia-CE
Hospital Regional Alcântaro
Centro de Saúde

Dr. Leandro Faria
22 OUT. 2019
12.121

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Comarca ZOBENTO

Receituário

RX

Oso (jeleno)

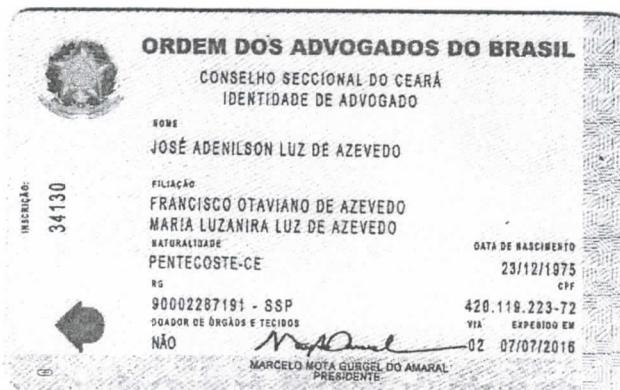
① Difimaz 500mg —

Tomar 2 comp 8/8h, se RR

3342.8113
R. Napoleão Bonaparte
Viana da Soledade, 36
Maceió - Alagoas
CEP: 57010-200
Fone: (82) 3212-1200
E-mail: etl.abolardo@uol.com.br

22 OUT 2013

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Zobeto de Jesus de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Bebê Lourenço, nº —, bairro —, Município de Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep: 61600-004, portador(a) do Rg nº 20095088490, SSP/..... e CPF nº 061.606.043.25.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob oº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Zobeto de Jesus de Oliveira ocorrido em 07/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

INVALIDEZ PERMANENTE

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



Caucaia, 29, de outubro de 2019.

Assinatura: Carlos Zobeto de Jesus de Oliveira

Nome do Outorgante: Carlos Zobeto de Jesus de Oliveira

CPF nº 061.606.043.25



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura
indicada de CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA.

Dou Fé. **Caucaia-CE**, 29 de outubro de 2019.

Em Test^o da Verdade.

Luana Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado
CPF: 062.848.223-08

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448831/19

Número do Sinistro: 3190696440

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIR

CPF: 061.606.043-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/08/2020
Nome: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA
CPF: 061.606.043-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427333/19

Vítima: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIR

CPF: 061.606.043-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA : 061.606.043-25

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: 02/12/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS