

---

**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

**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

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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





# 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: Bêbano 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98724186.

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA 31.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: Beteleiro 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004  
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:  
☒ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:  
(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 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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA 31.10.2019

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 2019759681



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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** CEP:  
País: **BRASIL** 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 Brasília 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 :**

**JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Carlos Roberto 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 Nº 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: ☐ 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: BENEDETO 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-004  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 98241586

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\$1.001,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 463425 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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, consoante, 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) ☐ 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 resíduo patrimonial? ☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: Mª Lucimar de Jesus da Silva										
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: ( ) SIM ( ) NÃO								
IDADE: 26a	SEXO: M ( ) F ( )	RG: 20075088490	TELEFONE: 91868501							
ENDEREÇO: Rua Manoel Firmino, Nº 06.										
BAIRRO: Bebedoura	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE	FUNCIONÁRIO: he							
<b>ACOLHIMENTO</b>										
QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M.D.										
CLÍNICO ( ) CIRURGIÃO ( ) TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRA ( )										
<b>SINAIS VITAIS</b>										
<b>ESCALA DE DOR ADULTO</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL	
HORA: 05:30	PA: 140/80	TEMP:	SpO2: 100%	F.C: 94	GLICEMIA:					
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>					<b>CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:</b>					
VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL ( )					COREN-CE 1788.896 Téc. Enfermagem					
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.										
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:									
com Paciente com história de acidente de trânsito apresentando dor em perna direita e região dorsal. Neurológico preservado. Exame físico normal do joelho.										
CD: Rx da perna Rx da coluna torácica										
<b>Eduardo B. Oliveira</b> Ortopedia e Traumatologia CRM. 14846										
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL:</b>										
<b>CONDUTA:</b>										
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>										
LABORATORIAIS ( ) RAIO X ( ) ULTRASSOM ( ) ENDOSCOPIA ( ) ECG ( ) OUTROS ( )										
<b>ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:</b>										
A 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: 000000046342-5

---

Nr. da Autenticação 0A0C3E0D3273EA4F





Nº do Cliente:

9681143

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

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

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

SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno

Emissão 29/10/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Medidor 4733582-FAE-643

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2F168B84D0E62B57D016A30D815041A

DATAS DE LEITURA P.F.: 32 dias

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



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fet. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3,694	3,592	1,00	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

CPF/CNPJ 420.119.223-72

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões  
pelo consumo de energia elétrica.

0,00%

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)Compensado kg (CO<sub>2</sub>)Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0

39,82

0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: 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

065 - 0051472918

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](http://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 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

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

CARLOS ROBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.606.043-25

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ROBERTO 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: PAULO GOMES DA SILVA

Número: 226

Complemento: —

Bairro: PARQUE SOLEDADE

Cidade: CAUCAIA

Estado: CE

CEP: 61603-070

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. (DDD) 97241586

Local e Data: CAUCAIA 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: Mãe Lucimar de Jesus da Silva											
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/93	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: ( ) SIM ( ) NÃO									
IDADE: 26a	SEXO: M ( ) F ( )	RG: 20075088490									
TELEFONE: 91868501											
ENDEREÇO: Rua Manoel Firmino, Nº 06.											
BAIRRO: Bebedoura	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE									
FUNCIONÁRIO: he											
ACOLHIMENTO											
QUEIXA PRINCIPAL: Dor em M.D.											
CLÍNICO ( ) CIRURGIÃO ( ) TRAUMATOLOGISTA (X) 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 POSSÍVEL		
HORA: 05:30	PA: 140/80	TEMP:	SpO2: 100%	F.C: 94	GLICEMIA:						
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:						
VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL ( )					COREN-CE 1788.896 Téc. Enfermagem						
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.											
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:										
com Paciente com história de acidente de trânsito apresentando dor em perna direita e região dorsal. Neurológico preservado. Exames ao mal do joelho											
CD: Rx da perna Rx da coluna torácica											
DIAGNÓSTICO INICIAL:											
CONDUTA:											
EXAMES SOLICITADOS:											
LABORATORIAIS ( ) RAIO X ( ) ULTRASSOM ( ) ENDOSCOPIA ( ) ECG ( ) OUTROS ( ) ( ) ( )											
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:											
A Rosana											





**SUS**Sistema Único  
Ministério da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAHORS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ABELARDY  
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

**Identificação do paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Roberto de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35265

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/02/93

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MIRIAM LUCIANA DE JESUS SILVA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

91 808509

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Manoel Firmino 06 BEBEDOURO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cucui

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

23.03.70

15 - UF

61600060

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando  
dor e limitação de amplitude de movimento do joelho  
direito. Nervos lesados.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de plavêlo fibular D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - CLÍNICA

Ficuma

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0308010019

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eduardo B Oliveira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Eduardo B. Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14846**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/09/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan Fecchi  
Médico Autor  
CRM 8242

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

231910105669-0



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

Nº 35265

NOME: <i>Carlos Roberto de Jesus</i>					
DATA DE NASCIMENTO: <i>20-01-93</i>	IDADE: <i>26A</i>	COR: <i>M</i>	SEXO: <i>M</i>	ESTADO CIVIL: <i>SOLTEIRO</i>	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: <i>20075088490</i>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <i>VILMIR MENEZES DE OLIVEIRA E MARCELIANA DE JESUS</i>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>Immanuel de Jesus</i>					Nº
BAIRRO: <i>Bebedouro</i>	MUNICÍPIO: <i>CAUCAIA</i>			FONE: <i>91868509</i>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>Rosana Vieira da Silva</i>					FONE:
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <i>07 09 19</i>		HORA DE EMISSÃO: <i>07 28</i> h		FUNCIONÁRIO: <i>JAIR</i>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
<i>Paciente vítima de acidente com dor</i>					
<i>e deformidade em joelho D.</i>					
EXAME FÍSICO:					
<i>Dor</i>					
<i>Edema</i>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
<i>Fratura de plavista lateral D</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
Eduardo B. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM: 14846					
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**

*diag, conseguiu vaga em HRSC*

*Francisco Ferreira Jr.*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 20334







Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

CINQUE ZOBGATU

## Receituário

Rx JOE @CAPIT

Dr. Leonardo de  
Oliveira  
Cirurgião

3342.8113

R. Napoleão Bonaparte  
Viana Pa. Soledade, 36  
Cidade de  
Caucaia - CE  
Cidade de Abacardo

**Alimente sua saúde**  
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

CAMARÁ ROBERTO

## Receituário

Rx

Osso (Jenno)

① Diprospan 500mg —

Tomar 2 comp 8/8h, se dor

3342.8113 —  
R. Napoleão Bonaparte  
Viana Pa. Soledade, 36  
Caucaia - Ce  
Hospital Regional Dr. Abelardo  
Caucaia - Ce

22 OUT. 2019

Dr. Roberto

**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

**Pront.** 17403

**Endereço** MANOEL FIRMINO

BEBEDOIRO

**Num:** 06

**CEP:** 61676-899

**UF:** CEARÁ

**Cidad** CAUCAIA

### Localização

**Clinica** CLÍNICA TRAUMATO- **Enfermari** 05

**Leito** 419

**Internação** 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 cirurgico de fx de plato tibial

### Sequelas Apresentadas

### Diagnóstico

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 \*

### Responsável

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. Fco. Jose Frota Prado Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13248

**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

**Pront.** 17403  
BEBEDOURO  
**Cidad** CAUCAIA

**Localizaça**

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

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig



## 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 Frota**  
Otorrinolaringologista e Anestesiologista  
CRM 132245



DATA: / 19/09/19

MÉDICO | CREMEC



**HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL**

**CONTATO**  
(88) 34061300



Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de impostos 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

| HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL | RODOVIA CE 060 KM 198 - ESTRADA DO ALGODÃO |  
QUIXERAMOBIM/CE | CEP: 63.800 - 000 | CNPJ: 05.268.526/0016 - 57 |

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

NOME: Carlos Roberto da Silva Oliveira		IDADE:
DIAGNÓSTICO/MORBIDADES: Isquemia		DATA: 11/09/19
ESPECIALIDADE: Cirurgia		LEITO: 402
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
EVOLUÇÃO DIÁRIA		PRESCRIÇÃO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> VERBALIZA ( )		
( ) TORPOROSO ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO ( ) GEMENTE		M T N
AVALIAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
SSV: / / H		
PA: PULSO: T: SAT: FR:		
ACESSO VENOSO: <input checked="" type="checkbox"/> AVP. LOCAL: M56 DATA: 09/09 TROCA: 12/09 ( ) FLOGOSE		
CATETER CENTRAL: INSERÇÃO: / / RETIRADA / / ( ) FLOGOSE		( )
CURATIVO CICC		
RESPIRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) CIANÓTICO		
DISPOSITIVOS: ( ) NBZ ( ) CATÉTER ( ) MV % ( ) TQT ( ) DRENO TÓRAX ( ) RESERV. 100%		( )
TROCA DE SELO D'ÁGUA DO DT:		( )
TROCA DE LATEX E CHICOTE		( )
LIMPEZA DE CÂNULA DE TQT		
MOBILIZAÇÃO: ( ) DEAMBULA ( ) DEAMBULA COM AUX. <input checked="" type="checkbox"/> RESTRIÇÃO AO LEITO ( ) ACAMADO		
ESCALA DE BRADEN: PONTOS		
MUDANÇA DE DECUBITO: / / H		
UPP: GRAU/ BORDAS: SECREÇÃO: ( ) NECROSE		( )
CURATIVO DE UP/COBERTURA:		
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> VO : ACEITAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT		



TROCA DE FIXAÇÃO DE SNG/SNE	( )
CURATIVO DA GTT	( )
EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE ( ) AUSENTE: _____ DIAS ( ) DIARRÉIA ( ) MELENA ( ) OSTOMIA	
CARACTERÍSTICAS DO ÓSTIO: _____	( )
TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA: ( / / )	
DIURESE: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> ÍNTEGRA ( ) SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE LOCAL: _____	
INTENÇÃO: _____ / EXTENSÃO: _____ ( ) SECREÇÃO ( ) NECROSE	( )
CURATIVO FERIDA: COBERTURA: _____	

2 OU MAIS SINAIS DE SIRS  
ABRIR PROTOCOLO PARA SEPSE:

- ( ) Hipertermia 37,8 C
- ( ) Hipotermia < 36,0 C
- ( ) FR >20 rpm
- ( ) Leucocitose >12000/mm<sup>3</sup>
- ( ) Taquicardia
- ( ) Taquipnéia

#### INTERCORRÊNCIAS/INTERVENÇÕES:

Reduzido o risco de varizes na perna distal usando com SF 0,9% coberturas com opaco e algodão.

Cic. enf: Wanmielly Rodrigues  
ENFERMEIRO COREN

Wstiane  
M<sup>te</sup> de Sousa Rosa  
EN - CE: 258.447 - ENF





# PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS

**LEITO: LEITO 402**

HD: FRATURA DE PLANALTO DIR

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS		LEITO: LEITO 402		Nº: 1111111111	
MEDICAÇÕES		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
11/09/2019	1) DIETA GERAL	SND		Em 10:50 horas; Paciente	
9:10	2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N	SN (15-10) (15-10)		modi consciente, orientado, eupneico, verbos	
	3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SFO, 9% EV DE 12/12HS S/N	SN (24-10)		lizanda, rebita ao	
	4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N	SN		leito, AVP em MSE (09/08),	
	5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEIUM	06'		aceita parcialmente	
	6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO	SN		dieta oferecida, diu-	
	7) TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8HRS S/N	SN		rese presente, evacua-	
	8) CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO SE PA >= 160X100MMHG	SN		cãe ausente. Ausa de	
	9) SSVW + CCGG	Rotina!		de algia em MSD. segue	
	10) CLEXANE 40MG SC 1X DIA AS 18H	(19) 14		belas cuidados de enfer-	
				magem. PA = 130x90 mmHg	
				T = 35,0°C. Est. Tec de	
				imagem m. Ed. m. c.	
				Alves	
				AS 16:00 PA = 130x80 mmHg	
				P = 94 Bpm T = 35,5°C	
				Alta 24h. Paciente consciente	

De Brief totine Posilone

The  
 State of Colorado  
 The Union



**PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS

LEITO: LEITO 402

HD: FRATURA DE PLANALTO DIR

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: CARLOS ZILBERTO DE JESUS	LEITO: LEITO 402	HD: FRATURA DE PLANALTO DIR	MEDICAÇÕES	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
10/09/2019			1) DIETA GERAL		10/09/19 OBSERVAÇÕES
			2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N	S/N	Ao 10:31 hs Paciente consciente, orientado e cooperativo.
			3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12HS S/N	S/N	Verbaliza dor no local da lesão.
			4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N	S/N	AUP em uso (09/09). Aceita dieta VO. Eliminações fisiológicas presentes. Sem queixas adicionais. Segue sob cuidados de enfermagem.
			5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEIUM	<del>S/N</del>	T = 33,9°C PA = 130x10. Expectorado negativo.
			6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO	S/N	de enf. pulmonar.
			7) TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8HRS S/N	S/N	Em 2hs PA = 90x60 mmHg
			8) CAPTOPRIL 25MG 1 CP VO SE PA >= 160x100MMHG	S/N	T = 36°C F = 89 bpm
			9) SSVV + CCGG	(S/N)	Paciente consciente e estável. Verbaliza dor no local da lesão.
			CLEXANE 40MG SC 1X DIA AS 18H	(S/N)	Segue com medicação adequada.
					Assinatura _____



Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

CAMILA ROBERTO

## Receituário

- 20 sessões Físio
- FX PLAT TIB @  
EM CONSULTING
- ADM + ALG GESIA

3342.8113  
R. Napoleão Bonaparte  
Viana Pq. Soledade, 36  
Caucaia-Ce  
Hospital Municipal Dr. Abelardo  
Lima da Rocha

Dr. Leandro Rêgo

22 OUT. 2019

112121

**Alimente sua saúde**  
Coma mais frutas, legumes e verduras





Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

CIDM 077 ZOBENTO

## Receituário

Rx

050 (100000)

① Diprospan 500mg —

TOMAR 2 COMP 8/8h, SE PR

3342.8113 —  
R. Napoleão Bonaparte  
Viana Pa. Soledade, 36  
Caucaia-Co  
Hospital Unimed Dr. Abelardo  
Caucaia-Co Fone

22 OUT. 2019

0112121

**Alimente sua saúde**  
Coma mais frutas, legumes e verduras

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FILS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 5.096/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

GAB

OBSERVAÇÕES



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 34130

SOME  
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO  
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO  
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NATURALIDADE  
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO  
23/12/1975

RG  
90002287191 - SSP

CPF  
420.118.223-72

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
NÃO

VIA  
02 07/07/2016

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL  
PRESIDENTE

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Carlos Roberto de Jesus de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Beberibe, nº —, bairro —, Município de CAUCAIA, Estado de(o) Ceará, Cep: 61.600.004, portador(a) do Rg nº 200750884910, 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 o nº 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 Roberto 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 Roberto de Jesus de Oliveira  
Nome do Outorgante: Carlos Roberto de Jesus de Oliveira  
CPF nº 061.606.043.25



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIÃ: 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 Teste da Verdade.

Luana Soares Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

CPF: 062.848.223-08  
Escrevente Autorizada



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 OLIVEIRA

**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 médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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 OLIVEIRA

**CPF:** 061.606.043-25

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Titular do CPF:** CARLOS ZOBERTO DE JESUS DE OLIVEIRA

**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

### 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](http://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