

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01621196-0** em **17/12/2020 10:45:29**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0264705-80.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01621196-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/12/2020 10:45:29

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2775175_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2775175_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-30.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200246165 Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200246165 **Vítima:** FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 30/08/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200246165

Nome do(a) Examinado(a): FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ANTONIO MONTEIRO, 4671, , Tabuleiro do Norte/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS / 1826375

Data e local do acidente: 30/08/2018 - Tabuleiro do Norte/CE

Data e local do exame: 02/10/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta do 3º dedo da mão direita Fratura exposta do fêmur direito

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

Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva em setembro de 2020.

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

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 0°, rotação medial aos 35°, rotação lateral aos 40°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 110°, extensão aos 0°. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 50°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, sem amputação, preensão palmar normal, movimento de pinça normal.

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

Sim

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

Sim

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

Sequela funcional moderada do 3º dedo da mão direita pela perda parcial da mobilidade. Sequela funcional leve do membro inferior pela perda parcial dos movimentos, pela alteração do tônus, do trofismo e da marcha.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

3º Dedo da Mão Direita - Médio - 50%

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



Dr. Greice Freitas Guimarães
Médico - CRM 9050

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: 4 - Nome completo da vítima:

06344566361

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

06344566361

MODADOR

ANTONIO MONTEIRO

4671

CASA

POPULARES

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(85) 997083053

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 290 (Parqueguano)

AGÊNCIA:

CONTA:

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, 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 (s) (nascidos)? ☐ 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, TABULEIRO DO NORTE 09.07.2020

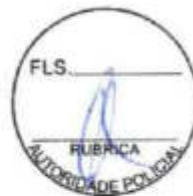
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020403165



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 421 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 11:18:19**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2018 11:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT MOITA VERDE, ZONA RURAL - TABULEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**
Nascimento: **08/03/1995** CPF: **063.445.663-61**
RG: **20081826375** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98152-6407**

Noticiante(s)

Nome: **LEURILENE DA SILVA LIMA**
Nascimento: **12/03/1996** CPF: **055.597.653-09**
RG: **20073590074** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99685-4847**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCI5521** Uf: **CE** Município: **TABULEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4120BR527423** Renavam: **313098026** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE RIBEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que ia conduzindo o veículo de placa OCI-5521/CE e na garupa ia o seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA quando o pneu da moto deslizou no "barranco de barro" que tinha no meio da estrada "carroçal", vindo a se desequilibrar e colidir com um poste; QUE; a noticiante não teve nada de grave, mas seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA teve fratura exposta em coxa direita e mão direita, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital São Raimundo em Limoeiro do Norte e de lá foi transferido para o IJF em Fortaleza, onde se submeteu a cirurgia. E nada mais disse e lhe foi perguntado.///

Leurilene da Silva Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020403165



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 421 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Linamária de Melo Oliveira

LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Franciele da Silva Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426

Franciele da Silva Lima

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: 4 - Nome completo da vítima:

06344566361

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

06344566361

MODADOR

ANTONIO MONTEIRO

4671

CASA

POPULARES

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(85) 997083053

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:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 290 (Paraná)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascidos)? ☐ 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, TABULEIRO DO NORTE 09.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006828116-1

Nr. da Autenticação 63F99575C1830DF9

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006828116-1

Nr. da Autenticação 63F99575C1830DF9



2º Via

Nº de Inscrição:

0015616851

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

End. Leitura: RUA ANTONIO MONTEIRO, 4671, CENTRO

Cidade: TABULEIRO DO NORTE

CEP: 62.060-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 003

Setor: 006

Quadra: 0326

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
AGUA	A18N176843	175	190	15	14

DATAS

Leitura Atual: 21/10/2019

Emissão: 20/11/2019

Lacre Água: 3781852

Leitura Anterior: 20/05/2019

Próxima Leitura: 21/11/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	032	032	010	032	032
Analisadas	033	033	033	033	033
Em conformidade	033	033	033	033	033

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	66,45	Mês/Ano		
MULTA DE 2%	1,13	SET/2019	13	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,93			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
		Descrição	

MÊS/ANO

10/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,51

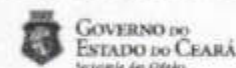
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, SBC, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Dernaís Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0015616851

Código de Responsável:

Mês/Ano: 10/2019

Local: 003

Setor: 6

Quadra: 0326

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: TABULEIRO DO NORTE

Vencimento: 06/11/2019

Total (R\$): 68,51

82690000000-9 68510009900-9 01561685100-0 03000131025-6



EMISSION: UN-BBJ 2011/2019 08:48:52



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

015283020

DADOS DO CLIENTE

VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA
RUA JOSE PINTO FILHO, 40, 09 DE SETEMBRO,
TRIBUNA DO NORTE - CEP: 82960-000

Codificação: 003, 003, 0174, 0130, 0000, 00, 00

ECONOMIAS

Residencial: (X) | Comercial: () | Industrial: () | Pública: ()

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	PI01-103015	717	807	10	11

DATAS

Leitura atual: 17/02/2020 Emissão: 17/02/2020
Leitura anterior: 17/01/2020 Próxima leitura: 17/03/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2019

Nº de amostras	Cloro	Condutiv	OP	Coliformes totais	Coliformes fec
1	032	032	010	072	032
2	033	033	030	033	033
3	033	033	032	033	033

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	40,30	01/20	15	0
		02/20	15	0
		03/20	14	0
		04/20	13	0
		05/20	13	0
		06/20	15	0
		07/20	14	0
		08/20	14	0
		09/20	14	0
		10/20	15	0
		11/20	14	0
		12/20	14	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,35	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,92	VALOR DO SUBSÍDIO	0,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	40,30

MÊS/ANO

02/2020

VENCIMENTO

05/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

40,30

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

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via de entrega
Atenciosamente

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 015283020 Mes/ano: 02/2020
Vencimento: 05/03/2020 Total a pagar (R\$): 40,30

8262000000 6 40300009700 2 01528302001 2 02003222015 2



015283020 - MED (ÁGUA) - R\$ 35545608-070093 LEIT: 0408 DATA: 17/02/2020 N: 07 85 04 R: 030 VLR: 001

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JERINENE JORGE DE OLIVEIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 005671803/95 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FRANCILEUDO DA SILVA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 063445663/61
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCILEUDO DA SILVA LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 063445663/61, 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>7056 - PINTO FILHO 40</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>8 DE SETEMBRO</u>	Cidade: <u>ABRILHEIRO DO NORTE</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:	CEP: <u>62960-000</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 993083959</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Francisco da Silva BE/Prontuário: _____
Lima

SOLICITAÇÃO

- FIZIO. MOTOM V/ MÃO DIREITA
- JUSTIF.: PÓS-OP. TENDO DE FIXAÇÃO
DE FERRAÇÃO DA FOL. MÉDIA DO
3º QUINTE DIA.

Dr. Yuri Vitoria Rocha
Médico Residente
Clínica Plástica
CRM 15.412

Data: 24/10/18

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 006.893 Versão 1 - 01/05/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

15420020217

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: _____

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Ata vitima de colisao moto - poste
fratura exposta em caxa D e meto

Resultado de Exames:

Rx de sincope no local, Glasgow 15
At = 100 x 60 mm Hg Dx = 160
FC = 72 bpm FR = 16 rpm

Conduta já Realizada:

Exame físico sem far (Doloferon + sy)

Impressão Diagnóstica:

Politraumatisismo

CID: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

medico

30/08/13

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: _____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data

/

/

Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta

/

/

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 083668	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCILEIDO DA SILVA LIMA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 063.445.663-61		Identidade: 20081826375	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 08/03/1995	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 23 Ano(s)		
Pai FRANCISCO EUDES LIMA		Mãe LENIRA RIBEIRO DA SILVA		
Endereço SÍTIO MOITA VERDE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62960-000	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		
Responsável LENIRA RIBEIRO DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO MOITA VERDE, SN	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/08/2018	Hora 13:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES		CRM/UF 10684/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário ALANA JESSICA DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 30/08/2018 às 14:30 hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			72	16	100x60	97	160

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

: pte vítima de colisão
 moto - poste (ol capote),
 tpo episódico de síncope no
 local e/ fratura exposta em
 coxa D e mão D.
 AR: MU↓ em HTD.
 ABD: Flácido, indolor e palpável
 Pupilos normais
 cf: ① Dicho fratura 70% fix
 ② Exame torácico normal
 ③ RT torax PA
 ④ SV
 ⑤ 14 coxa D (2 m cil)
 ⑥ 14 mão D (2 m cil)
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: LENIRA RIBEIRO DA SILVA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 2008182637-5, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 063.445.663-61, dia 30/08/2018, às 12h20. Município de Tabuleiro do Norte-CE, na localidade de Mata Verde, zona rural, próximo a ponte da Mata Verde, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e poste, sendo removido para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 02 de janeiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Prefeitura de
Fortaleza

IJF

HOSPITAL DE JESUS

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

A. G. MONIA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTA INTERNADO NO IJF DESDE DIA 30/08/2018 POR FRATURA FEMUR DIREITO NO AGUARDAMENTO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO SEM PREVISAO DATA ATE O MOMENTO.

CID: S72

Fortaleza, 04 DE SETEMBRO de 2018.


Assinatura e Carimbo Médico



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: FRANCISCA DA SILVA LIMA Prontuário: 5548443
Data de Nascimento: / / Data da Internação: / /
Motivo da Internação: POST-TRAUMA

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: **LEITO:** **Internação Unidade:** / /

Diagnóstico Principal: FRATURA DO 3º QUADRANTE (D)

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): FIXAÇÃO DE FRATURA

Resumo de Alta / Transferência:

FIXAÇÃO DE FRATURA DA FRL. MÓDIA M 3º QDD. DESMONTES EROS
DE KIRSCHUM. ALTA EM BOM ESTADO CLÍNICO

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): Realizar sessões de fisioterapia. Após término
das sessões, marcar retorno ao Ambulatório de em 02/11/2018

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: APÓS Data: / /

Data: 24 / 10 / 18

Dr. Turi Nóbrega Rocha
Médico Residente
Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: **LEITO:** **Internação Unidade:** / /

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: Data: / /

Data: / /

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA



Paciente: **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA** Prontuário: : **5578443**

Data de Nascimento: **09/03/1995** Data da Internação: **30/08/18**

Motivo da Internação: _____

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 21 LEITO: 08

Diagnóstico Principal: **FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO**

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta

PACIENTE VITIMA DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO + FX EXPOSTA DE 3 FALANGEANAS MEDIAS DE MÃO DIR
- MÃO TRATADA POR CIRURGIA PLASTICA
21/08 DR GUILHERME COLARES: HASTE INTRAMEDULAR FÊMUR DIREITO

Comorbidades apresentadas: _____

☒ Alta Hospitalar

☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: **_ORIENTACOES/MOBILIZAR JOELHO E QUADRIL DIREITO/
FAZER USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO/RETORNO AMBULATORIAL 15 DIAS**

Condições de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: **_DR GUILHERME COLARES** Data: **15 DIAS**

Data: **_19** / **_10** / **_18**

Assinatura do Médico / CRM



Prefeitura de
Fortaleza

IJF

INSTITUTO DE JESUS FORTALEZA

ATESTADO MÉDICO

NOME: : FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

**ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 120 DIAS
DEVIDO MOTIVO DE DOENÇA.**

CID: S72

Fortaleza, 19 DE OUTUBRO de 2018.

Francileudo da Silva Lima
Medico

Assinatura e Carimbo Médico



NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

LAUDO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o paciente supracitado está sendo acompanhado no ambulatório de Traumatologia do IJF por fratura de fêmur direito.

Paciente foi submetido a tratamento cirurgico do femur, com haste..

Paciente, no momento, com dores residuais, em reabilitação fisioterapica

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, no IJF, sem previsão de alta definitiva.

CID : S72;

FORTALEZA – CE, 04 DE JANEIRO DE 2019.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016027927 - 0 DATA DE EMISSÃO 26/01/2016

NOME VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO VALDEIR JERÔNIMO DE OLIVEIRA

JOANA JORGE DE MELO

NATURALIDADE TABULEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1982

BOL. CENSEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 6792 FOLHA: 76V

LIVRO: A07 TABULEIRO DO NORTE - CE

CPF 005.671.803-95

RG: ANT: 337885099 P.: 140

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/05/93

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, MARCAÇÃO E PESSOAS SUBJETIVADAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Verineide Jorge de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200246165 **Cidade:** Tabuleiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DA MÃO DIREITA(P.6)
FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE(HASTE INTRAMEDULAR)- FÊMUR DIREITO. (P.7,9)// OSTEOSSÍNTESE- 3º DEDO DA MÃO DIREITA (P.6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

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 ASI: 3200246165 3 - CPF da vítima: 06344566361 4 - Nome completo da vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

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

5 - Nome completo: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA 6 - CPF: 06344566361
7 - Profissão: MODADOR 8 - Endereço: ANTONIO MONTEIRO 9 - Número: 4671 10 - Complemento:
11 - Bairro: POPULARES 12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85 3097083959

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 077 BANCO INTER

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 6828116
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al 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

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, TABULEIRO DO NORTE 29.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192643/20

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

CPF: 063.445.663-61

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA : 005.671.803-95

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

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA : 063.445.663-61

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: 10/07/2020
Nome: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA
CPF: 005.671.803-95

VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MODADOR, residente e domiciliado à Rua ANTONIO MONTEIRO, nº 4631, bairro POPULARES, Município de TABULEIRO DO NORTE, Estado de(o) CE, Cep: 62960-000, portador(a) do Rg nº 20081826375, SSP/CE e CPF nº 06344566361.

Outorgado: VERINEIDE JORGE DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado(a) à Rua JOSE PINTO FILHO, nº 40, bairro 8 DE SETEMBRO, Município de TABULEIRO DO NORTE, Estado de(o) CE, Cep: 62960-000, portador(a) do RG nº SSP/CE e CPF nº 00567180395.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCILEUDO DA SILVA LIMA, ocorrido em 30.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

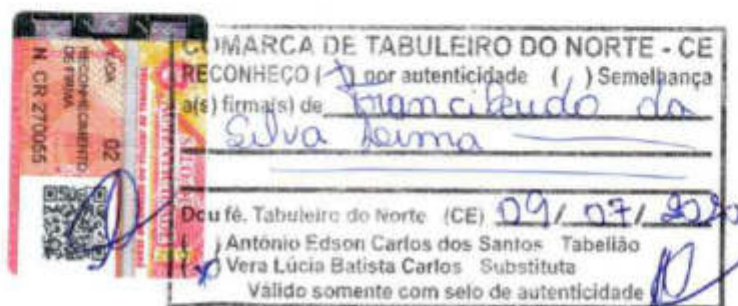
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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.

TABULEIRO DO NORTE 8, de JULHO de 2020

CARTÓRIO CARLOS

Francileudo da Silva Lima
Outorgante
CPF Nº 063.445.663 - 61

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192643/20

Número do Sinistro: 3200246165

Vítima: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

CPF: 063.445.663-61

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA : 063.445.663-61

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2020
Nome: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA
CPF: 063.445.663-61

FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE