

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

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 **WEB1.21.01825779-9** em **22/01/2021 10:52:58**.
- 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 : 0269661-42.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01825779-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 22/01/2021 10:52:58

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* : 2777818_CONTESTACAO - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : Comprovante (9) - 1.pdf

Downloads

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/06/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR MARQUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00728-5

CONTA: 000000534236-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2906201105000000000023700728000000534236236250 PAGO

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/202668**
Vítima: **VICTOR MARQUES DA SILVA**
Local: **CE-IPUEIRAS**
Data do Acidente: **26/09/2010**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. ÓRTESE GESSADA POR 06 MESES.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ATROFIA DE PANTURRILHA ESQUERDA, EDEMA POR HIPERTROFIA SINOVIAL EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, BLOQUEIO DA MOBILIDADE DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU LEVE E MARCHA CLAUDICANTE A ESQUERDA COM USO DE MULETA CANADENSE.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - IPUEIRAS, 19/10/2011

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR CRM: 6302/CE

Médico Revisor: MARIA DE FÁTIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155/RJ

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267207

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR MARQUES DA SILVA

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, contados 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267207

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICTOR MARQUES DA SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: VICTOR MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000728-5

Conta: 000002648-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 43422691391 4 - Nome completo da vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: VICTOR MARQUES DA SILVA 6 - CPF: 43422691391
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: DT SÃO JOSÉ 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: IPUERBAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62230-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 1881996179085

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: BRADESCO
AGÊNCIA: 0728 CONTA: 2648 (4)
(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 (val nascido)? ☐ 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, 1 IPUERBAS - CE 04/07/2020

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 MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 2020377755



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 575 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/06/2020 14:47:28**
Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2020 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SÃO BENTO, ZONA RURAL - IPUEIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VICTOR MARQUES DA SILVA**
Nascimento: **14/11/1972** CPF: **434.226.913-91**
RG: **210994191** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA RAIMUNDA MARQUES DA SILVA**
ANTONIO MARQUES DA SILVA
Endereço: **SITIO SÃO JOSÉ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **IPUEIRAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWJ4132** Uf: **CE** Município: **GUARACIABA DO NORTE** Chassi: **9C2JC30201R026796** Renavam: **755479483** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN ES** Ano: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA VANDERLANGIA R DE FREITAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO EM DADO MOMENTO, O PNEU DA MOTOCICLETA DERRAPOU, OCASIÃO EM QUE O CONDUTOR CITADO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE IPUEIRAS-CE; QUE A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CRATEÚS-CE; QUE A VÍTIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, TEVE FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


Aderson de Oliveira Alves
Escritório da Polícia Civil
ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :


MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

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: 43422691391 4 - Nome completo da vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: VICTOR MARQUES DA SILVA 6 - CPF: 43422691391
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: DT SÃO JOSÉ 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: IPUÉIRAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62230-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 1881996179085

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: BRADESCO
AGÊNCIA: 0728 CONTA: 2648 4
(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 (val 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, 19UEIRAS - CE 04/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR MARQUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00728-5

CONTA: 000000002648-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0308202005000000000023700728000000002648472500 PAGO

COMATO
(88/99617-9085

NR

DATA 04/04/20

HORÁRIO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Victor Marques da Silva

SEXO: M EST. CIVIL:

DATA NASC: 14.11.72 IDADE:

RG: CPF:

NATURALIDADE: PROF: C.N.S.

FILIAÇÃO: M^{te} Raimunda Marques da Silva

CÔNJUGE:

ENDEREÇO: São José

BAIRRO: CIDADE: Jp ESTADO: e

CN: LIVRO: FOLHA: MATRÍCULA:

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA ATUAL: fratura fechada fêmur (E)

EXAMES SOLICITADOS:

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ DIABETES ☐ OUTROS:

6/8.00 → 12.0 x 80 - SINAIS VITAIS -

Peso: Kg P.A: 140 x 80 mm/Hg Temp: 36.6 °C FR: rpm P.: bpm dextro: 95 mg/dl

ALERGIA MEDICAMENTOSA: ☐ NÃO ☐ SIM: E.V.A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

RESP. PELATRAGEM:

FUNDO:

X Elusio Silva do Nascimento

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Marcelle Araújo
Médica
CREMEC - 20151

ASSINATURA DO MÉDICO

Pt vítima de acidente automobilístico
(motorista) vítima de acidente automobilístico
com fratura fechada em fêmur (E)

Dra. Marcelle Araújo
Médica
CREMEC - 20151



MUNICÍPIO DE IPUEIRAS - CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE
Ipueiras
CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

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

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Ipueiras - CE

Nome: Victor Marques da Silva

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: 17/11/1972

Prontuário N°: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Pct 470. Última de acidente automobilístico (moto) há ± 6h, apresentando fratura fechada em fêmur (E).

Resultado de Exames: _____

fratura fechada em fêmur (E).

Conduta Já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

fratura fechada em fêmur (E)

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N°: _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO CAMILO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2020/01

DADOS DO PACIENTE

Nome VICTOR MARQUES DA SILVA				Prontuário/Atendimento 137792/0003	
Nascimento 14/11/1972		Local IPUEIRAS		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Idade 47 Ano(s)	
Documento(s) CPF 434 226 913-91		Estado Civil Solteiro(a)		Religião CATOLICA	
Endereço CAMPO SAO JOSE		Município IPUEIRAS-CE		CEP 62230-000	
Fone (88)99986-088		Profissão AGRICULTOR		Fone Empresa	
Responsável FRANCISCO JOSE ARAUJO MOREIRA		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjuge			
Mãe MARIA RAIMUNDA MARQUES		Pai ANTONIO MARQUES DA SILVA			

DADOS DE INTERNAÇÃO

Data/Hora 05/04/2020 11:56		Quarto/Leito 057-0001		Aposente ENFERMAGEM	
Convênio SUS		Particula		Setor INTERNACAO - PS	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM 6945		Dias 0	
CID Principal S72.3 Fratura da diáfise do fêmur		CID Complementar S72.3 Fratura da diáfise do fêmur		Guia	
Observação 13510014470					
Usuário NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA		F. ocup. para SUS		Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 5 de abril de 2020.

Nayara Alves Teixeira de Souza
 Assinatura do paciente
 Responsável pela impressão: NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA

Assinatura do responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário Alend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
137792 0002	VICTOR MARQUES DA SILVA	165700640620005	
Documento(s)		Estado Civil	Sexo
CPF: 434.226.913-91		Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade
14/11/1972	IPUEIRAS/CE		47 Ano(s)
Pai	Mãe		
ANTONIO MARQUES DA SILVA	MARIA RAIMUNDA MARQUES		
Endereço	Bairro	CEP	Município
CAMPO SAO JOSE, SN	ZONA RURAL	62230-000	IPUEIRAS
UF	Telefone		
CE	88999860981		
Profissão	Empresa	Cônjuge	
AGRICULTOR			
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município
MARIA RAIMUNDA MARQUES		CAMPO SAO JOSE, SN	IPUEIRAS
			UF
			CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
05/04/2020	10:04	SUS		
Profissional do Atendimento		CRM/UF		Tipo Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		6945/CE		CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente		Funcionário		
		MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA		
Observação				
guia 05/04/2020				
Sala		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída
		05/04/2020 11:43		Permanência

Sinais Vitais

Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
35,60	78	20	120	80	98,000		95	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 05/04/2020 10:02

Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

Relatório:

Paciente com história de queda de moto ontem, com uso do capacete sic; relata edema em MIE e dificuldade para movimentação no local, nega queixas algicas no momento, nega alergia medicamentosa ou alimentar e comorbidades.

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

05/04/2020 11:43:00h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NA COXA E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DECORRENTE QUEDA

RX DO PACIENTE

FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR

TALA SPICA

INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RAIMUNDA MARQUES

Cliente: **VICTO MARQUES DA SILVA P.137792 CC**

Atendimento: **01-159633**

Data Nascimento: **14/11/1972 / M**

Data Entrada: **05/04/2020**

Convênio: **SÃO CAMILO**

Hora Entrada: **20:44:33**

RG:

Médico Dr(a): **JAMIL S. JORQUERA**

Impressão: 05/04/2020 21:07:57

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

HEMOGRAMA COMPLETO

Materia: [sangue total c/edta] Método: [automatizado] / Exame realizado com leitura de lâmina

ERITROGRAMA

Valores Encontrados

Hemácias....: **3,99** milhões/mm³
Hemoglobina: **12,6** g/dL
Hematócrito: **37,2** %
V.C.M.....: **93,2** fL
H.C.M.....: **31,6** pg
C.H.C.M.....: **33,9** %
R.D.W.....: **13,0** %

Valores de Referência:

Masculino	Feminino
4,4 - 5,8	3,8 - 5,2
13,5 - 17,0	11,3 - 15,2
39,0 - 50,0	35,0 - 47,0
	80,0 - 96,0
	32,0 - 36,0
	27,0 - 33,0
	11,0 - 16,0

Observação.: Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: **6.900** céls./mm³

Adultos: 4.000 - 11.000
4 a 7 anos.: 6.000 - 15.000
8 a 12 anos: 4.500 - 13.500

Neutrófilos.....	49,0 %		40 - 75	
Promielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³	-	-
Mielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³	-	-
Metamielócitos.....	0,0 %	0 /mm ³	0 - 1	0 - 100
Bastões.....	0,0 %	0 /mm ³	0 - 11	0 - 500
Segmentados.....	49,0 %	3381 /mm ³	38 - 73	1.500 - 8.000
Eosinófilos.....	1,0 %	69 /mm ³	0 - 6	00 - 600
Basófilos.....	0,0 %	0 /mm ³	0 - 2	0 - 100
Linfócitos.....	46,0 %	3174 /mm ³	10 - 45	600 - 3.500
Monócitos.....	4,0 %	276 /mm ³	4 - 13	300 - 1.400

Observação.....: Ausência de atipias linfocitárias.
Neutrófilos sem alterações degenerativas.

PLAQUETAS.....: **185.000** /mm³ 150.000 - 400.000 /mm³

Observação.....: Plaquetas morfologicamente normais.



LABMÉDICA
ANÁLISES DE LABORATÓRIO

DR. EDWYN LOWISI
CRF: 5443

Cliente: **VICTO MARQUES DA SILVA P.137792 CCT**

Atendimento: **01-159633**

Data Nascimento: **14/11/1972 / M**

Data Entrada: **05/04/2020**

Convênio: **SÃO CAMILO**

Hora Entrada: **20:44:33**

RG:

Médico Dr(a): **JAMIL S. JORQUERA**

Impressão: 05/04/2020 21:09:02

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Tempo de Coagulação

Método: Lee-White

Material: Sangue

Resultado: **7 minuto(s) e 08 segundo(s)**

Valor de Referência: De 5 a 10 minutos

TEMPO DE PROTROMBINA

Material: [PLASMA CITRATADO] Método: (COAGULOMÉTRIA-QUICK AUTOMATIZADO)

Semi-automação - Quick Timer

Valores de Referência:

Tempo de protrombina: igual ou maior 70,00 %

INR.....: entre 0,8 e 1,30

PACIENTE.....: **11,7 segundos 100,0 %**

CONTROLE.....: **12,0 segundos 100,0 %**

INR.....: **0,98**

Faixa terapêutica em INR para várias indicações de tratamento anti-coagulantes

- Profilaxia da Tromboembolia venosa = 2,0 a 4,0 alvo 3,0.
- Tratamento da TVP (fase crítica), de embolia pulmonar e embolia sistêmica = 2,0 a 4,0 alvo 3,0
- Profilaxia em cirurgia de alto risco = 2,0 a 3,0
- Profilaxia de embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e TM = 2,0 a 4,0
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda) = 2,0 a 4,0
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial = 3,0 a 4,5 alvo 3,5.



LABORATÓRIO DE CONTROLO DE QUALIDADE
Labmédica
NÃO DEIXE A SAÚDE AOCORRER

DR. EDWYN LOWISI

CRF: 5443



Solicitação Interna de Exame de Imagem

Paciente	VICTOR MARQUES DA SILVA		Prontuário	137792
Data de Nascimento	14/11/1972	Nome da Mãe	MARIA RAIMUNDA MARQUES	
Idade	47 Ano(s)	Convênio	SUS	
Setor	CLINICA CIRURGICA	Aposento	ENFERMARIA	
Profissional Responsável	JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Leito	043 - 0001	
		CRM	6945	

Dados Clínicos Resumidos:

RX DO FEMUR E EM AP E P

CRP
Claudio Roberto Aragão Mendes
Téc. em Radiologia
CRTR: 012217

Hipóteses Diagnósticas:

Exames Solicitados:

003559 - COXA

Prioridade: O exame será realizado durante as próximas 6 horas; exceto se necessário preparo prévio.

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera
CRM: 6945
Ort. Traumatologia

Recebido pelo serviço de Radiologia

Encaminhado ao Posto de Enfermagem

Em ____ / ____ / ____ às ____ hs.

Às ____ hs. Por _____



CLINICA POPULAR SAO CAMILO LTDA 3
Fone: (88) 36910075
Endereço: Antonio Leite Sobrinho, 43 - Sao Vicente - Crateús - CE

ELETROCARDIOGRAMA

Paciente:
VICTOR MARQUES DA SILVA, 47 ano(s)

Data:
05/04/2020

INTERPRETAÇÃO

Ritmo sinusal, frequência cardíaca de 66 batimentos por minuto.
Eixo de ativação elétrica ventricular entre 0 e 30°.
Onda P com amplitude, duração e morfologia normais.
Intervalo PR de 0,12 segundos.
Repolarização ventricular normal.

Conclusão: Exame dentro dos limites da normalidade.

CLINICA
CARDIOLOGICA
DR. MORCH LTDA
04401-77000150

Assinado de forma digital por CLINICA
CARDIOLOGICA DR. MORCH LTDA
04401-77000150
Laudo de exame médico
Data: 05/04/2020 07:10:57 Emitido por
AC SAE/WEB MORSCH-Dras.RFB
e-CNPJ A11C3ptografia ERSANumeros
serie: 74x7937831513152588

MOrsch[®]
TELEMEDICINA

Luciana Santos Souza - CRM 52660710

Rua Porto Alegre, 380 sala 301 Centro de Erastino - RS CEP 99700-050
Fone: (54) 3321-3815 e Whatsapp (54) 99702-0785 - E-mail: jantorsch@ig.ual.com.br - CNPJ 04401179/0001-50

Luciana Santos Souza
Luciana Santos Souza
Médica
CRM 52 66071-0

ID: 137792
Nome: marques silva, victor
DN: 14.11.1972
Idade: 47 Anos
Sexo:

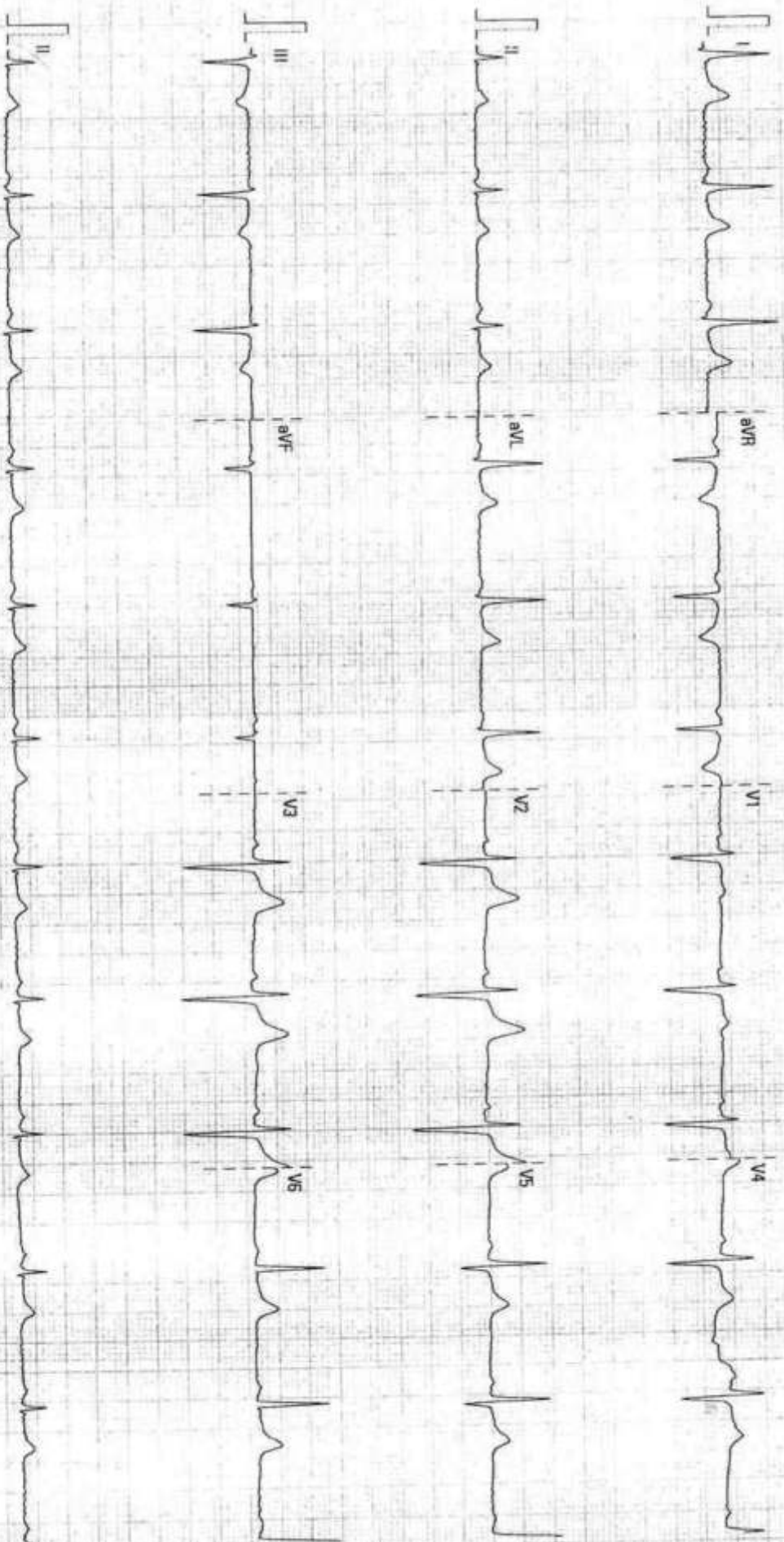
05-04-2020 23:34:59

Taxa ventricular 66 bpm
Intervalo PR 126 ms
Duração do QRS 94 ms
Intervalo QT/QTc 390/401 ms
Eixos P/QRS/T 20/-13/0 deg

QTc Hodges

--- Interpretação feita sem o conhecimento do sexo do paciente ---
Ritmo sinusal
ECG normal

Diagnóstico não confirmado.



25 mm/s

10 mm/mV

60 Hz

BDR 35 Hz

sao lucas

02.08.00.V06.00.05

SN.FK.88015498

Dados Clínicos - Médico

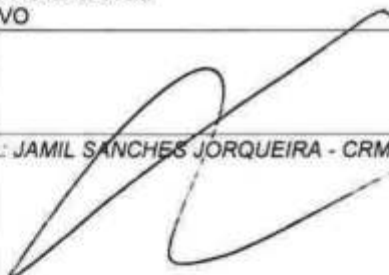
Paciente			Prontuário		
VICTOR MARQUES DA SILVA			137792/0003		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
14/11/1972	47 Ano(s)	MARIA RAIMUNDA MARQUES			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
05/04/2020	ENFERMARIA	043/0001			
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			
Diagnóstico					
S72.3 Fratura da diáfise do fêmur S72.3 Fratura da diáfise do fêmur					

DESCRIÇÃO

DESCRICAO ORTOPEDICA: - 07/04/2020 17:28:36

PACIENTE NO CC
FEITO RAQUIANESTESIA
FEITO ANTISSEPSE COM ASSEPSIA
COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS
ABERTURA POR PLANOS
FEITO REDUÇÃO
FIXADO COM PLACA DCP 14 FUIROS
FIXADO COM 12 PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
COLCOADO DRENO DE SUÇÃO
FECHAMENTO POR PLANOS
FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945



13510014470



PREFEITURA DE
Ipueiras
CEARÁ

MUNICÍPIO DE IPUEIRAS - CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

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

Unidade de Origem: _____

Hmom

Município: Ipueiras - CE

Distrito Sanitário: _____

Nome: Victor Marques da Silva

Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☐Data de Nascimento: 14/11/1972

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento:

Pct 470, vítima de acidente automobilístico (moto) há ± 6h, apresentando fratura

Resultado de Exames:

fechada em fêmur (E).

Conduta Já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica:

Fratura fechada em fêmur (E)

Medicina

04/04/2020

16:55

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



José Gonçalves Rosa Neto

Medico – CRM 15488

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT .que VICTOR MARQUES DA SILVA . Paciente vitima de acidente de transito , no dia 04 de Abril de 2020, no município de Ipueiras - CE com atendimento no Hospital Municipal de Ipueiras-CE, RG 210994191

Com diagnostico Inicial de fratura do MIE .

Seguindo tratamento cirurgico com osteossinteses metálica de fratura da diáfise do fêmur direito evoluindo com diminuição da força e instabilidade postural e dor diariamente, encurtamento de membro e dificuldade de deambular, está com dificuldade de deambular e usa moleta .

Com base ao exame clinico pode-se afirmar que o paciente encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas, limitações aos movimentos normais do MIE e joelho esquerdo, com diminuição dos espaços articulares fêmur-tibiais , e dores diárias .ficando sem condições laborativas.

Segundo o previsto no inciso II,§1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 , procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido , apurando de modo global ou setorial.

1ª lesão – fratura da diáfise do fêmur esquerdo

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% intensa () 100% completa.

Antenciosamente .

Jose Goncalves Rosa Neto

CRM 15488-CE

DR. JOSÉ GONÇALVES ROSA NETO
CRM 15488
Diretor Clínico
HMFAM. Ararendá

Jose Goncalves Rosa Neto

Ipueiras-CE 24 de julho de 2020.

Rua Edite Ribeiro de Farias , 197 – distrito de Canidezinho

Cel : (88)99710-1616 – Nova Russas- Ceara



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
434.226.913-91

Nome
VICTOR MARQUES DA SILVA

Nascimento
14/11/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A9A0.4998.BC32.79CD

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 07:14:25 do dia 13/04/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200238738

Data da solicitação: 27/07/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF do beneficiário: 434.226.913-91

Nome do solicitante: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF do solicitante: 434.226.913-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 981356053
DDDTel. Comercial: ()
DDDTel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

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

IBUEIRAS-CE 27/07/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209887/20

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF: 434.226.913-91

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VICTOR MARQUES DA SILVA : 434.226.913-91

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: 28/07/2020
Nome: VICTOR MARQUES DA SILVA
CPF: 434.226.913-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

VICTOR MARQUES DA SILVA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186975/20

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF: 434.226.913-91

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VICTOR MARQUES DA SILVA : 434.226.913-91

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: 06/07/2020
Nome: VICTOR MARQUES DA SILVA
CPF: 434.226.913-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

VICTOR MARQUES DA SILVA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209887/20

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF: 434.226.913-91

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VICTOR MARQUES DA SILVA : 434.226.913-91

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: 28/07/2020
Nome: VICTOR MARQUES DA SILVA
CPF: 434.226.913-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

VICTOR MARQUES DA SILVA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200267207 **Cidade:** Ipueiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 04/04/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 11).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEQUELA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO JÁ INDENIZADO NO SINISTRO 2011202668 OCORRIDO EM
26/09/2010 GRAU LEVE.

PAGAMENTO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO PG. 13, DR. OSÉ G. R. NETO - CRM 15488.

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 intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00