



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

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 **WEB1.21.01825779-9** 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

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

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: 00000534236-8

Nr. Autenticação

BRADESCO29062011050000000002370072800000534236236250 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(sequelas)

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 suscetível(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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). 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 vitima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

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. Fátima Furtado Melo

Médica Perita

CRM-RJ - 52 49515-5

Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

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

Rio de Janeiro, 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





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
 43422691391 VICTOR MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	VICTOR MARQUES DA SILVA		6 - CPF:	43422691391	
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	DT SÃO JOSÉ		
9 - Número:	S/N	10 - Complemento:			
11 - Bairro:	SAO JOSE	12 - Cidade:	I PUEIRAS	13 - Estado:	CE
14 - CEP:	62230 - 000		15 - E-mail:	188996149085	
16 - Tel.(DDD):			17 - Nome completo do Representante Legal:		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

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

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 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 Sim Nascrito (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, 1 PUEIRAS - CE 04/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 2020377755



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

Fabricação: **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 FÉMUR ESQUERDO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Aderson de Oliveira Alves ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

W. C. Pontes Filho W. C. PONTES FILHO - MAT.: 133846-1-4

VISTO DO DELEGADO(A) :

Manuel Rubaní Pontes Silva Filho 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: 4 - Nome completo da vítima:
 43422691391 VICTOR MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	VICTOR MARQUES DA SILVA		6 - CPF:	43422691391	
7 - Profissão:	AGRICULTOR	8 - Endereço:	DT SÃO JOSÉ		
9 - Número:	S/N	10 - Complemento:			
11 - Bairro:	SAO JOSE	12 - Cidade:	I PUEIRAS	13 - Estado:	CE
14 - CEP:	62230 - 000		15 - E-mail:	188996149085	
16 - Tel.(DDD):			17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 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 Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 mínimo dígito da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da testemunha

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: 00000002648-4

Nr. Autenticação

BRADESCO03082020050000000002370072800000002648472500 PAGO

DATA 04/04/20

HORÁRIO:

NOME: Victor Marques da Silva IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SEXO: M

EST. CIVIL:

DATA NASC: 14.11.72

IDADE:

RG:

CPF:

C.N.S.

NATURALIDADE:

PROF:

FILIAÇÃO: M^a Raimunda Marques da Silva

CÔNJUGE:

ENDEREÇO: São José

BAIRRO:

CIDADE:

Sps

ESTADO:

E

CN:

LIVRO:

FOLHA:

MATRÍCULA:

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA ATUAL: Fratura Fíbula e Tíbia (E)

EXAMES SOLICITADOS:

ANTECEDENTES: HAS DIABETES OUTROS:

12/8.00 120x80 - SINAIS VITAIS -

Peso: Kg P.A: 70x80 mmHg Temp: 36,6 °C FR: rpm P.: bpm dextro: 95 mg/dl

11/8.00

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO SIM:

E.V.A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

RESP. PELA TRAUMA:

FINANCIAMENTO:

X Elcio Lino de Noronha

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Marcia Araújo
Médica
CREMEC - 20152

ASSINATURA DO MÉDICO

Pit utim de acidenti automobilistico
moto utim de acidenti automobilistico
com fratura fechada em perna (E)

Dra. Marcia Araújo
Médica
CREMEC - 20152



PREFEITURA DE
Ipueiras
CEARÁ

MUNICÍPIO DE IPUEIRAS - CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Hm0m

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.

Nome: Victor Marques da Silve

Município: Ipueiras - CE

Sexo: M F

Data de Nascimento: 14/11/1972

Prontuário Nº:

Endereço:

Ocupação:

Bairro:

Tel.:

Motivo do Encaminhamento:

Pct 670, vítima de acidente automobilístico (moto) há ± 6h, apresentando queixas gástricas e urinárias (E).

Resultado de Exames:

Conduta Já Realizada:

Impressão Diagnóstico: Funstura fechada em Férme (E)

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Marcelo Medica 20151

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: CPC

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

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

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v202001

DADOS DO PACIENTE

Nome: VICTOR MARQUES DA SILVA				Prontuário/Atendimento: 137792/0003
Nascimento: 14/11/1972	Local: IPUEIRAS	País Nacionalidade: Brasil		Idade: 47 Ano(s)
Sexo: Masculino	Raça/Cor: Parda	Etnia:	Estado Civil: Solteiro(a)	Religião: CATOLICA
Documento(s): CPF: 434 226 913-91			CNPJ: 16.5700.640.6200-05	
Endereço: CAMPO SAO JOSE	CEP: 62230-000		Município: IPUEIRAS-CE	CEP: 62230-000
Fone: (88)99986-0981	Profissão: AGRICULTOR			Fone Empresa:
Responsável: FRANCISCO JOSE ARAUJO MOREIRA			CPF do Responsável:	Fone Responsável:
Endereço Responsável:			Cônuge:	
Mãe: MARIA RAIMUNDA MARQUES			Pai: ANTONIO MARQUES DA SILVA	

DADOS: INTERNAÇÃO

Data/Hora: 05/04/2020 11:56	Quarto/Letra: 057-0001	Aposento: ENFERMAGEM	Cirurgia: CIRURGICA	Setor: INTERNACAO - PS
Convênio: SUS		Marcúria	Autorização	Dias: 0 Guia: CRM: 6945
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA				
CID Principal: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur			CID Complementar: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur	
Observação: 13510014470				
Usuário: NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA	F.occidente SUS			Sisprenatal:
Data Saída:	Hora:	Cond. da saída:		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 necessária. 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.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA

Assinatura do responsável

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: Ajend.	Nome do Paciente	CNS	Gua 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	Mae				
ANTONIO MARQUES DA SILVA	MARIA RAIMUNDA MARQUES				
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
CAMPO SAO JOSE , SN	ZONA RURAL	62230-000	IPUEIRAS	CE	88999860981
Profissão	Empresa	Cônjugue			
AGRICULTOR					
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF	CE
MARIA RAIMUNDA MARQUES		CAMPO SAO JOSE , SN	IPUEIRAS	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: 05/04/2020 11:43

Tipo de Saída:
Permanência

Sinais Vitais

Temperatura (ºC) Frequência Cardíaca (bpm) Frequência Respiratória (lpm) 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
 Data Nascimento: 14/11/1972 / M Data Entrada: 05/04/2020 Convênio: SÃO CAMILO
 Médico Dr(a). JAMIL S. JORQUERA Hora Entrada: 20:44:33 RG:
 Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente. Impressão: 05/04/2020 21:07:57

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: [sangue total c/edta] Método: [automatizado] / Exame realizado com leitura de lámina

ERITROGRAMA

Valores Encontrados

Hemácias....:	3,99 milhões/mm ³
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 Normocrônicas.

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 morfológicamente normais.



Centro de Análise Clínica
Labmédica
Sua Saúde é Nossa Prioridade

DR. EDWYN LOWISI
CRF: 5443

Cliente: **VICTO MARQUES DA SILVA P.137792 CCT** Atendimento: **01-159633**
Data Nascimento: **14/11/1972 / M** Convênio: **SÃO CAMILO**
Médico Dira: **JAMIL S. JORQUERA** RG:
Hora Entrada: **05/04/2020** Impressão: **05/04/2020 21:09:02**
Hora Entrada: **20:44:33**

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: (COAGULOMETRIA-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.



ABMÉDICA
LABORATÓRIOS CLÍNICOS
SISTEMA DE CONTROLE DE QUALIDADE

DR. EDWYN LOWISI
CRF: 5443

Solicitação Interna de Exame de Imagem

Paciente			Prontuário
VICTOR MARQUES DA SILVA			137792
Data de Nascimento	Nome da Mãe		
14/11/1972	MARIA RAIMUNDA MARQUES		
Idade	Convênio		Data da internação
47 Ano(s)	SUS		05/04/2020
Setor	Aposento		Leito
CLINICA CIRURGICA	ENFERMARIA		043 - 0001
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945

Dados Clínicos Resumidos:

RX DO FEMUR E EM AP E P

Telmo
Cláudio 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.

JAMIL SANCHES JORQUEIRA
 RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945
 CRM: 6945
 Ort. Traumatologia

Recebido pelo serviço de Radiologia

Encaminhado ao Posto de Enfermagem

Em _____ / _____ às _____ hs.

Às _____ hs. Por _____

FOLHA DE EVOLUÇÃO

DATA	
08.04.20	<p>(A, OR:10 min, foi realizado radiografia de fêmur esquerdo AP/PA/PF. (Corpo da paciente) às 08:15 min, encaminhado ao setor de origem com auxílio do manguito.</p> <p style="text-align: right;">Zelle.</p> <p style="text-align: right;">Cláudio Roberto Aragão Mendes Tec. em Radiologia CRTR: 01221T</p>



CLINICA POPULAR SAO CAMILO LTDA 3
Fone: (88) 36910075
Endereço: Antonio Leite Sobrinho, 43 - São Vicente - Ceará - 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 30º.
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. MORSCH LTDIA
04401177000150

Assinado de forma digital por CLINICA
CARDIOLOGICA DR. MORSCH LTDIA
04401177000150
Luciana Santos Souza
Data: 06/04/2020 07:10:57 Enviado por
AC SAFEWER RFM&CP-BrazilWFB
e-CNPJ, Al/Criptografia ERSAN Número
Mato: 7667327631512152568

Morsch®
TELEMEDICINA

Luciana Santos Souza - CRM 5266070

Rua Porto Alegre, 380 sala 301 Centro de Fortim - RS CRM 99700-056
Fone: (54) 3321-3815 e WhatsApp (54) 93702-0785 - E-mail: jatmorsch@gmail.com - CNPJ 044011770001-50

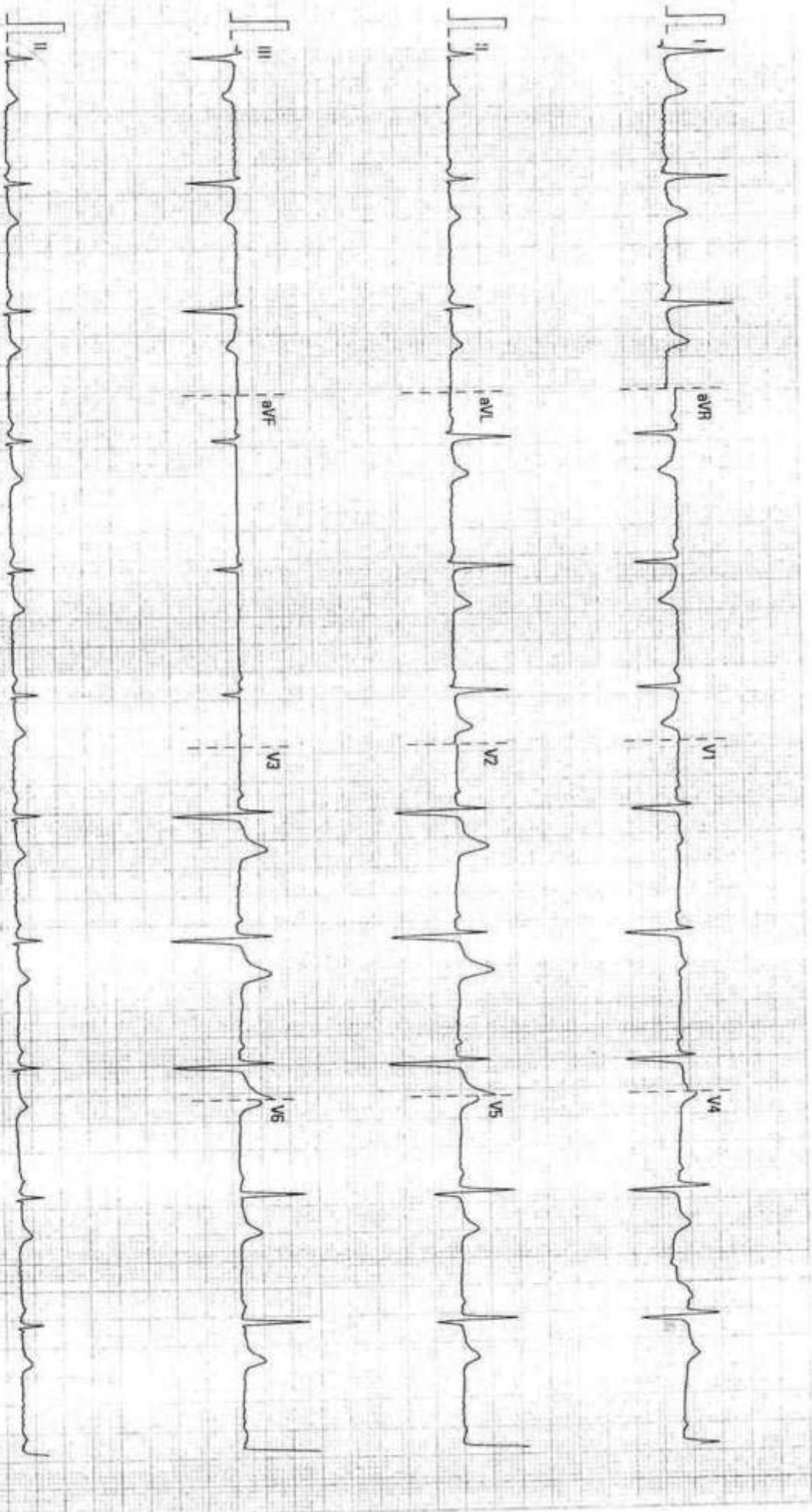
luciana
Luciana Santos Souza
Médica
CRM 52 66071-0

ID:
Name:
DN:
Idade:
Sexo:

137792
marques siva, victor
14.11.1972
47 Anos
Masculino

05-04-2020 23:34:59

Taxa ventricular	66 bpm	... - Interpretação feita sem o conhecimento do sexo do paciente ...
Intervalo PR	126 ms	Ritmo sinusal
Duração do QRS	94 ms	
Intervalo QT/QTc	390/401 ms	
Eixos P/QRS/T	20/-130/0 deg	ECG normal
Otros		Diagnóstico não confirmado.



Período: 07/04/2020 00:00:00 à 07/04/2020 23:59:59

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			

DESCRÍÇÃO

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

PACIENTE NO CC
 FEITO RAQUIANESTESIA
 FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA
 COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS
 ABERTURA POR PLANOS
 FEITO REDUÇÃO.
 FIXADO COM PLACA DCP 14 FUROS
 FIXADO COM 12 PARAFUSOS CORTICais
 LAVAGEM COM SF
 COLCOADO DRENO DE SUCÇÃO
 FEICHAMENTO 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: Dickson Marques da Silveira

Prontuário Nº:

Sexo: M F Data de Nascimento: 17/11/1972

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Tel.:

Motivo do Encaminhamento:

Pct 470, vítima de acidente automobilístico (moto) há ± 6h, apresentando queixa de dor lombar e febre.

Resultado de Exames:

Febre alta com dor lombar (E).

Conduta Já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada em Férula (6)
Medicu 04/01/2010 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:

Prontuário Nº:

Alta: / /

Município:

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

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 vítima 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 cirugico 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.

Anteciosamente .

Jose Goncalves Rosa Neto

CRM 15488-CE

JOSE GONCALVES ROSA NETO
CRM 15488
Diretor Clínico
HFMH Ararendá

Ipueiras-CE 24 de julho de 2020.

Rua Edite Ribeiro de Farias , 197 – distrito de Canidezinho

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

MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



10

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N° Exp. em / /
Estado
Obs.

.....

Data Emissão p9/04/90 DRT elisa
f. 2.000 Réis

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)
Nome
.....
Doc.
.....
Nome
.....
Doc.
.....
Nome
.....
Doc.
Est. Civil
.....
Doc.

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)
digito 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 | **Ouvintec:** 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: **43422691391**

Nome do solicitante: **VICTOR MARQUES DA SILVA**

CPF do solicitante: **43422691391**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(88) 981356053**

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

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

IBUEIRAS-CE 27/07/2020

Local e Data

Victor Marques Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: VICTOR MARQUES DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÉMUR 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