

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000052277-1

Nr. da Autenticação A9ED71A3C57E9711

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210037782 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação do semilunar esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 35°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 40°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação do semilunar esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 16/05/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico com posterior tratamento fisioterápico. Alta definitiva no mês de novembro do ano de 2019. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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, 02 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210037782

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - N° do seguro ou AN:

3 - CPF da vítima:
020 063 853-93

4 - Nome completo da vítima:

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo:

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

6 - CPF:

020 063 853-93

7 - Endereço:

8 - Endereço:
RUA AURELIANO LEAL

9 - Número:

4365

10 - Complemento:

ALTOS

11 - Bairro:

MONSUM

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60764-425

15 - Email:

LUCENALCASTRO@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDDI):

(85) 33510363

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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, e conforme comprovante anexo (ANEXO CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA

(Somente para os beneficiários que não tem conta bancária)

 CONTA CORRENTE

(Somente para os beneficiários)

 Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 00052277

AGÊNCIA:

CONTA:

INFORME O SIGNE SEU NOME: INFORME O SIGNE SEU NOME: INFORME O SIGNE SEU NOME: INFORME O SIGNE SEU NOME:

ENTRARIA A SEGURODPVAT SÓLTÉ A INSCRIÇÃO NA CONTA BANCÁRIA INFORMADA. DE MODO A TORNAR FÁCIL, O VALOR DA INDENIZAÇÃO PAGUEIRO DO SEGURO DPVAT.

A TÍTULO DE EXEMPLO, RESUMIDAMENTE, O BENEFÍCIO PAGUEIRO DO SEGURO DPVAT É DE R\$ 1.000,00 (MIL REAIS) POR MÊS.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, uso av. perante o IML, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para取得 de pagamento de

a indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 10.677/03). Una vez que:

- Não há VML 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 perícia 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 de prazo.

Solicito o preenchimento da assinatura do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação informada, independentemente de apresentação do laudo do IML, conforme sou desde já, em sua submissão à análise médica permanente, sem prejuízo ao resultado da Seguradora sobre a sua perfeita verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, ou de restos de acidente de trânsito causado por imóvel alheio, comprovação da qual é feita no artigo 1563.

Dizendo que esta assinatura não significa direta concordância com a futura avaliação médica da reclamação de cobertura de invalidez permanente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - ESTATUTO CIVIL DA VITIMA:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - ESTATUTO CIVIL DA VITIMA:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de seu companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tem filhos, informe

30 - Vítima deixou

não casado(a)?

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Se vítima é filha, informe

33 - Vítima deixou

vivo(a)?

 Sim Não

34 - Se vítima é filha, informe

35 - Vítima deixou

vivo(a)?

 Sim Não

36 - Vítima deixou

vivo(a)?

 Sim Não

NÃO AVALIADO

37 - Nome legível de quem assina o pedido (4 linhas)

38 - Local e Data

FORTALEZA, 27 DE JANEIRO DE 2024

Assinatura da testemunha

39 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso no dia 2019/08/10 às 09:57

PL-3

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1848 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 07/06/2019 10:10:11
Data / Hora da Ocorrência: 16/05/2019 18:40:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA PERIMETRAL
Complemento:
Bairro: JANGURUSSU **Município: FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: PRÓX AO ECOPONTO DE RECICLAGEM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 CPF: 070.063.853-93
RG: 20081291099 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA MARTA ALVES DE CASTRO
PEDRO MENDES LUCENA
Endereço: RUA AURELIANO LEAL, 1318 ALTOS
Bairro: MONDUBIM
Município: FORTALEZA/CE CEP: 60.764-425
País: BRASIL Telefone: (85) 98719-3541

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: NNK7936 UF: RN Município: NATAL Chassi: 9BFZCE9V09BD18280 Renavam: 980951658 Tipo do Veículo: CAMINHAO Marca / Modelo: FORD/CARGO 2622 E Ano Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2009 Combustível: DIESEL Cor: BRANCA Proprietário: BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A. Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

2) Placa: OSN4050 UF: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC1680FR002293 Renavam: 1020803794 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSN-4050-CE, QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CAMINHAO DE PLACAS NNK-7936, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISAO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA, QUE, APOS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECIU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE O CELULAR DA VITIMA APOS A QUEDA NA VIA SACOU DO SEU BOLSO E O MESMO FOI LEVADO DO LOCAL DO ACIDENTE E NADA MAIS DISSE.//



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019381097



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1848 / 2019

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPP.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 5 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 30. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luz J. Costa - Delegado

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 146



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr Janderson Luiz de Castro Lucena - C.P.F - 070.063.853-93, no dia 16/05/2019, às 19h20min, na Avenida Perimetral, no Bairro Jangurussu, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P689058/2019.

Fortaleza, 04 de Junho de 2019

Atenciosamente:

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAME 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

ANO: 2013	PONTO DE APOIO: CHESF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0976
DATA: 10/05/2013	TURNO: 5N	EQUIPE: Paula / Wagner
NOME: Anderson Lopes da Cunha Oliveira	IDADE: 13a	SEXO: Masculino
ENDERECO: Av. Presidente Vargas	BAIRRO: Jardim das Flores	

REFERENCIA: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/

三

19. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSLENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSLENTE

RAD. RESPONDIDAS PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR: _____

	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNESTICO	<input type="checkbox"/> NORMAL		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNESTICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA		<input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> ALTERADA
<input type="checkbox"/> BAUDIPNESTICO				
<input type="checkbox"/> AGÔNICA / ALÉRGICO				

	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
C	<input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCICO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TAEQUICARDÍCICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICARDÍCICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANOTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg
LOCAL:	<i>Palmar</i>			<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ESCALA DE LEMBRANÇA DE WOOD		RESPOSTA VERSAL	RESPOSTA MOTORA
ABESTUBA OCULAR			
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/>	4	ORIENTADO (A) / SORRIR (P)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
A VOZ <input type="checkbox"/>	3	CONFUSO (A) / CHOCO CONSOLAVEL	<input checked="" type="checkbox"/> 4
A DOR <input type="checkbox"/>	2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	<input checked="" type="checkbox"/> 3
NENHUMA <input type="checkbox"/>	1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	<input checked="" type="checkbox"/> 2
		NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> 1
TOTAL	15		
		DEIXE A COMANDOS	<input checked="" type="checkbox"/> 5
		LOCALIZA A DOR	<input checked="" type="checkbox"/> 5
		MOVIMENTO DE RETRADA	<input checked="" type="checkbox"/> 4
		FLUXO ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> 3
		EXTENSÃO ANORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> 2
		NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> 1

PUPILAS:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS		
ADULTO		LESÕES	

PA: 130/80 FR: 11 GUC: - GRADE: - CLASS: 10

www.saude.mt.gov.br - MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRETORIA DE ACESSO À SAÚDE - DIRETORIA DE ACESSO À SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente internado de cedimento metálico removido pela via 12, com um ferimento suscavado na face anterior. Faringoscopy realizado observando que o paciente apresentava dor e edema da faringe e tonsilas superiores, negando outras lesões.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

 UNIDADE DE SAÚDE:

Floripa

 LIBERADO RECUSA ÓBITO → NO LOCAL

PACIENTE ACOMPANHADO:

 SIM

ASS. DO RESPONSÁVEL:

 REMOVIDO POR TERCEIROS DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG.:

 OUTRO:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

CRM-MEDICO
CREMERC 15346

EM: 16/05/19 20:10 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUDES:

LOCAL: _____ EM: ____ / ____

LOCAL:

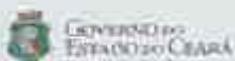
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF _____

EU, _____, DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECLISO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ____ / ____ / ____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: _____



Nº de Inscrição:

012911976

DETALHOS DO CLIENTE

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
RUA AREIAS DA SILVA, 1310 - ALTO VILA NOVA
FORTALEZA - CEP: 63054-425

Cod. Faturado: 001.085.0564.0486.0001.00.00

Padrão do Trovão: BASTO

ECONOMIA

Residencial	001	Comercial	000	Industrial	000	Agropecuário	000
-------------	-----	-----------	-----	------------	-----	--------------	-----

INFORMAÇÕES SOBRE INSCRIÇÃO

Número	Rua	Cidade	Estado	Município	Município
0001	AZUFRE/CE	CE	CE	000	000

TARES

Leitura Atual: 09/11/2020 | Estimativa: 09/11/2020 | Taxa Água: R\$0,00

Leitura Anterior: 08/10/2020 | Periodo: 08/10/2020 - 09/11/2020

Qualificação da Água: DIFERENCIADA - 09/10/2020

No. de. Residência	Cloro	Turbidez	Clr	Cal/Tempo	Água	Escarifação
EX15001	512	570	121	510	610	611
RESIDENCIAL	505	505	003	505	005	005
EM CONSTRUÇÃO	009	503	021	505	509	509

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	PERÍODO DE VIGÊNCIA		
		Mois/Ano	Ano (m%)	Exame (m%)
AGUA	28,30			
USO DE 0,0375 KG/BIA	0,04	08/10/19	5	0
MOLHAR 10,25	0,56	08/10/19	5	0
		jan/20	5	0
		fev/20	7	0
		mar/20	10	0
		abr/20	0	0
		mai/20	0	0
		jun/20	0	0
		jul/20	0	0
		ago/20	0	0
		set/20	0	0
		out/20	0	0
		nov/20	0	0
		dez/20	0	0

TERMOS SOBRE O PAGAMENTO

Detinente	Valor (R\$)	Autenticação	Valor (R\$)
PES	0,27	DATA: 09/11/2020	41,27
COFAN	1,36	VALOR DO DESCONTOS	12,46
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,92

É obrigatória a assinatura電子ica ou digitalizar anexo para o Cagece, mediante resolução das Agências Reguladoras.

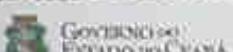
INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO (14 A SET/15) - 8 m3 | MÉDIA: 10 m3

Agradeça sua pontualidade. Água tratada é saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VIVA NO SITE CAGECE

ANEXO



Fatura Manual

Via de impressão
e-mail

256430000121482 - 0300-00-01

DETALHOS DO CLIENTE
Inscrição: 012911976 | Mês/ano: 11/2020
Vencimento: 01/12/2020 | Total a pagar (R\$): 28,92

826000000000 8 28928807550 9 0129119760 4 010612215 9





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
59163207

ESTE PRONTUÁRIO E PERTENCENTE AO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

PRONTUÁRIO	Nome do Paciente		Sexo	Nas.
11344698	JANDERSON LUIZ DE CARVALHO LUCENA		M.	25/12/1992
RG	CPF		Cartilha Profissional	Estado Civil
20081281088-BSP-CE	200816593			2-SOLTEIRO
Endereço				
AV SANTOS DUMONT 2426 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP: 60150161				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
887779073		MARIA MARTA ALVES DE CASTRO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Série:			
13906-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/05/2015	16:43		Clinica
Médico Atendente		4-CIRURGICA	
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO		9-INTERNACAO	
Avaleto Médica			

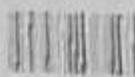
DADOS DO CONVÉNIO

Convênio	Piano	REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO FIRELT X
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Validade		
68185000044008974		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Lado
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	1133410 SALA CC 01	05

N. Cura	Procedimento	Série	Descrição
40231151	39596668	D09057400	INTERNACAO
40231151	30721227	D09057400	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
40231151	30721148	D09054351	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUCAO CIRURGICA
40231151	30732226	D09057751	ENXERTO OSSEO

FICHA DE REGISTRO DE INTERNACAO
DADOS PESSOAISA. Identificação
Número de Registro
59163207

21/06/2013 11:42:14

ESTE FICHA DE REGISTRO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Ponto de Entrada / Nome do Paciente

124489 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Sexo
M
Nascimento
06/12/1993
Idade
25

RG

CPF

Cabeça Profissional

Estado Civil

2104291099 SSP CE

7006285293

SOLTEIRO

Endereço

AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP: 60150161

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

Nome da Mãe

987479073

MARIA MARTA ALVES DE CASTRO

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

15500-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURGICO

Data

Hora

Matrícula

Tipo Documento

17/06/2013

06:43

Clínica

Medico Atendente

25245 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO

4-CIRURGICA

Medico Acompanhante

19245 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO

Tipo Atendimento

0-INTERNACAO

CARTA MEDICA

DADOS DO CONVENIO

Convenio

Plano REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMACAO SIRELI E

22-HAPVIDA MATRIZ

14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -

COLETIVO

Carteira

Validade

5116500044000014

DADOS DA INTERNACAO

Posto

Acomodação

Leito

C. Guia	Procedimento	Série	Descrição
0231151	99999666	D09057400	INTERNACAO
0231151	30721237	D09057400	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
0231151	30721148	D09054551	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUCAO CIRURGICA
			Materiais - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 3
0231151	30732026	D09057751	ENXERTO OSSEO
63628	32030119	D09267580	RAIX PUNHO: A.P - LAT - OBLIGUAS
0231151	32030118	D09406026	RAIX PUNHO: A.P - LAT - OBLIGUAS

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

21/05/2019 11:38

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DR. Nasc.: 05/12/1993
Convenio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 1B
Profissional: WENDELL DE ACCANTARA MENDES, MEDICINA CRM: 14733 (1)

Atendimento: 59163207 Prentuario: 11344895

Lade: 1016/2

Nº: 38700002 18/05/2019 06:06:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

FCT EM POS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXADO DO OSO DO CARPO EVOLVENDO BEM SEM QUEIXAS. FO UNPRA E SECA E SEM INTERCORRENCIAS. FUT COM IMOBILIZAÇÃO, ANALGESA E RETORNO PROGRAMADO.

CID 10:

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO

(1)

(1)

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JANDERSON LUIZ DE GASTRO LICENCA	DI. Nasc.: 05/12/1993	Atendimento: 59163207	Prontuário: 11344598
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 16	Ladeira: 1016/2	
Profissional(is): WENDEL DE ALCANTARA MENDES, MÉDICO, CRM 14751 (1)	Nº: 38700062	18/05/2019	Hs: 08:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCT EM POS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DOS OSSO DO CARPO EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, FO LIMPA E SECA E SEM INTERCORRENCIAS, ALT COM MOBILIZAÇÃO ANALGÉSICA E RETORNO PROGRAMADO	(1)
CD 10	T130-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL NÃO ESPECIFICADO	(1)

Evolução de Enfermagem Internação

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE LTDA - HAPTOB

31/05/2018 17:27

Nome: JANDIRIBA LUIZ DE CASTRO LUCENA DR. MARCOS 05/12/1993
Endereço: HAPTOB SAÚDE

Admissione: 09/05/2018

Prontuário: 11044288

Paciente: PORTO TB

Ladeira: 10162

Profissão: CAVALEIRO DE GUERRA / CAVALARIA / ENFERMEIRO / OFICINISTA / MESTRE
Nº: 38752834 Tel: 05/2018 04:08:40

Evolução de Enfermagem

Evolução da enfermagem

NT

PACIENTE J.A.C.L., 28 ANOS, SEXO MASCULINO
ID: 11 PQ LUXAÇÃO DO CÂMPUS ENQUEDADO
NESTA ALÉRGIAS E CONCORRÊNCIAS.

Evolução CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOSO
NO LEITO
SSVV ESTABILIS, EUPNÓICO EM AR AMBIENTE
DIETA VO. BEM AGRADA
AVP EM MSO PERMÍT E FUNCIONANTE PARA HV + TN
ESMINAÇÕES ESPONTÂNEAS PRESENTES
SEM QUEIXAS NO PERÍODO
SEGUO OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO:
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS
FLEBITE: REALIZAR TROCA DE XVL A CADA 72 HS OU ANTES

Avaliação de Risco

Padre

Sim

II

Dispositivos

Accesso Venoso Periférico

Sim

II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2018 11:22

Paciente: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Conselho: HABILDA MATERI

Ponto: PONTO 16

Dr. Nasc.: 061271693

Nº Prescrição: 21805840

Assistente: 09163207

Prontuário: 11344299

18/05/2018 08:04

Enfermeira: VANESSA VASCONCELOS MARTIN

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissional:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Manhã Tardes Noite

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mandibular

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A'

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CONVENIO: HAPVICK MATRIZ
POSTO: POSTO 16

Dt. Nasal: 09/12/1993
Nº Prescrição: 21905842
Leito: 10162

Atendimento: 09/12/2017
18/05/2019 às 04:58

Página 1 de 1
31/05/2019 11:38 AM
Prontuario: 11542398

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissional: VANESSA MACHONCELOS MARTINS (COREN 325527)

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

Manhã Tarde Noite

Sinais Vitais- Freqüência Respiratória 00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais- Temperatura 00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais - Freqüência Cardíaca 00:00 06:00 12:00 18:00

PADRÃO RESPIRATÓRIO

Manhã Tarde Noite

SUMINISTROS

Manhã Tarde Noite

2 - MANTER

ACESSO VENOSO PÉRIO E IDENTIFICADO Mantido

3 - ESTIMULAR

AUTO-CUIDADO Mantido

4 - ORIENTAR

ORIENTAR PACIENTE CTO A ROTINA DO SET Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/05/2019 11:38

Paciente: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DL Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 59163207 Prontuário: 11342698

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 18 Unid.: 10162

Profissional(s): WENDELL DE ALCÂNTARA MENDES, MÉDICO, CRM 1475311.

Nº: 38699955 16/05/2019 46 08:22

DIAGNÓSTICOS:

CID10

T70 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL
NAO ESPECIFICADO

(1)

CQ010

S42 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MÃO

(1)

RESUMO CLÍNICO:

Evolução E Intercorrelações

PCT OPERADO POR LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO
ATUALMENTE SEM DOR OU INTERCORRELACOES, EM
IMOBILIZAÇÃO, ALTA E RETORNO BREVE COM DR THIAGO

(1)

Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2019 11:38

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Prontuário: 11344898

Endereço: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Led: 1334105

Profissional(a): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM: 11506711

Nº: 38654828 | 17/05/2019 | H: 10:47

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO
DO CARPO SEM INTERCORRENCIAS. CD: A SR

III

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL
NÃO ESPECIFICADO

III

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

31/05/2019 11:38

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

DI.Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Promotor: 1534898

CHAMADA: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Lote: 1334105

Profissional(s): THIAGO ALESSANDRE CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MEDICO, CRM 1150611

Nº: 38655482 17/05/2019 18: 10:56

DIAGNÓSTICOS:

CID10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NIVEL
NAO ESPECIFICADO

(1)

Plano Terapêutico

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO CARPO

(1)

CID10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MÃO

(1)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2019 11:39 AM
11346898

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Prontuário: 11346898

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21888029

17/05/2019 às 06:49

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 1334105

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA.

Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519637)

1 - INSPECIONAR REGISTRANDO

Sinais Vitais - Frequência Respiratória 00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais - Temperatura 00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais - Frequência Cardíaca 00:00 06:00 12:00 18:00

Pressão Arterial 00:00 06:00 12:00 18:00

2 - COMUNICAR

INTERCORRÊNCIAS Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AQUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-340 FORTALEZA - CE

RECEITARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Morre Comprador: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM: 11506 UF: CE
AV AQUANAMBI 1827 - FÁTIMA 60055-3401 Tel:
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1º Via referência da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação do Paciente

Wendel de Almeida Mendes
Onça - 1177 / 5501-15021

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Endereço: SANTOS DUMONT 2625 SL 412 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150-061 Tel: 981275073

Prescrição: USO ORAL

FLANCOX 500 01CX
TOMAR 01 CP DE 12/12HS

GÉSICO RETARD 100 01CX
TOMAR 01 CP DE 12/12HS SE DOR INTENSA
RETORNO DIA 31/05/2019 NA EMERGÊNCIA

Data: 18/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico Data: _____



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA/IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 2 de 2

Paciente...: 11344888 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP CE CPF: 07006385393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel:
Conselho: HAPVIDA MATRIZ
Matrícula: 88185000044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Sintoma Principal:

DOR

Exame:

TC DO PUNHO ESQUERDO

!^3% / M

5916021242

TECNICA:

Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência.
 - Luxação volar do osso semilunar, com pequeno fragmento adjacente.
 - Demais ossos do punho esquerdo têm morfologia e textura normais.
 - Demais espaços articulares estão conservados.
 - As estruturas das partes moles têm morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Exame documentado em CD.

Luan

JANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 1 de 2

Paciente: 11344898 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP: CE CPF: 07006385393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matrícula: 88185000044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

GOR

Exame:

TC DO JOELHO ESQUERDO

!^3%/L¹

5916021241

TÉCNICA: Realizados cortes axiais sem administração do produto de contraste iodado.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência.
- Imagem radiodensa ovalada na região epifisária da tibia e cóndilo femoral lateral, podendo corresponder a lesão óssea.
- Demais estruturas ósseas trabeculadas de conformação e coeficientes de atenuação normais.
- Capsula articular íntegra, de contornos regulares.
- Gordura sub-patelar de Hoffa com densidade homogênea.
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.
- Foco gasoso nas partes moles na face antero-medial adjacente à diáfise da tibia.

* Exame documentado em CD

Janderson L. Lucena

JANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE

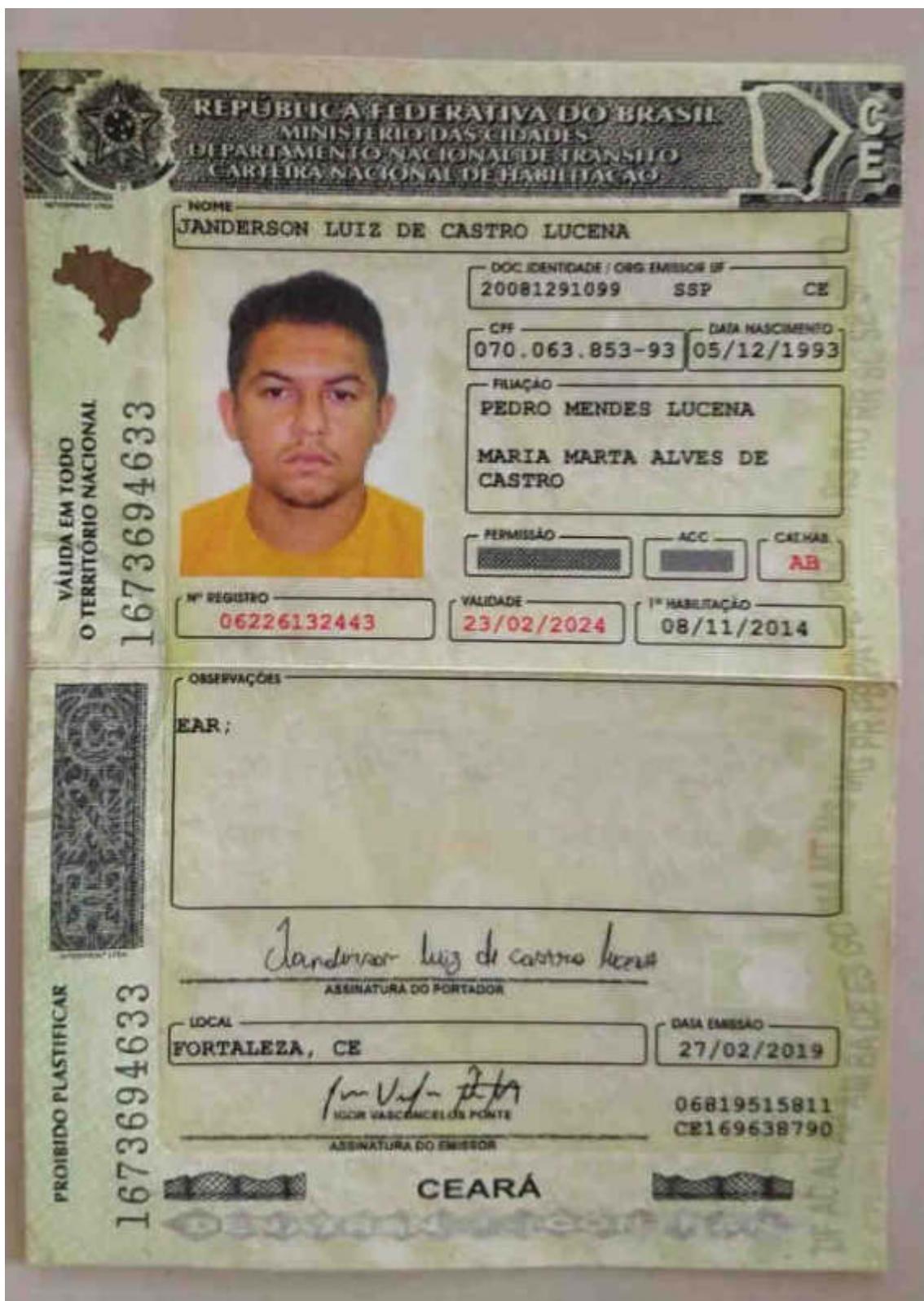


LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que
faço uso da constatação médica
submetendo a Tratamento cirúrgico
de luxação periscafoseunilunar do
poleo izquierdo e reabilitação.
está de alta apto para o retorno
às suas atividades.

19/07/19

~~Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.~~
~~Ortopedia e Traumatologia RQE 5732~~
~~Cirurgia de Trauma e Quadril~~
~~CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0688~~



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLAQUE N° 10208037794 | INSCRIÇÃO 000000000 | EXERCÍCIO 2018

NOME:
JANDERSON LUIZ DE CASTRO WUENHA
ENDERECO:
RUA VILA DA SERRA, 1000 - BLOCO 1000
CEP: 60130-000 - FORTALEZA - CE

CNPJ / CNPJ: 07006385393 | PLACA: QSN4030/CE

PLACA ANT / UF: /CE | CHASSI: 9T2K01489F002293

EXERCÍCIO PAG/MOTOCICLO/NÃO APLIC.: COMBUSTÍVEL: GASOL/AUCL

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI | ANO FAB: 2014 | ANO MOTO: 2015

CAP / POT / CIL: 2P/0CV/149CC | CATEGORIA: P/PTIC | COR PREDOMINANTE: PRETA

I	P	VENC. COTA UNICA	VEHIC. COTA UNICA	VEHIC. COTAS
T	P	100,00	100,00	100,00
V	A	FIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS:	
		100,00	100,00	100,00

PRÉMIO TARIFÁRIO: 180,50 | IOF IPVA: 0,70 | PRÉMIO TOTAL IPVA: 185,50 | DATA DE PAGAMENTO: 14/01/2019

OBSEVAÇÕES: Nenhuma observação consta no documento.

LOCAL: FORTALEZA | DATA: 06/02/2019

Igor Ponte

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE N° 014419751211 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07006385393 | DSN4030/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014419751211 | DSB51676012

EXERCÍCIO: 2018 | DATA EMISSÃO: 06/02/2019

PLACA: BEMBOSO | CNPJ / CNPJ: 07006385393

PLACA N° 10208037794 | MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB: 2014 | CATEGORIA: 2P CHASSI: 9T2K01489F002293

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO:	DEPARTAMENTO:	CUSTO DO SEGURO (IPVA)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (IPVA):	IOF IPVA:	ZONA DE PAGAMENTO PELA SEGURADORA:
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO:	DATA DE OUTAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
	14/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 00.546.606/0001-04

MOTOR: XC15/EBF002293 | 014419751211



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS