

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

04/06/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320015240401

**VALOR TOTAL:**

9.450,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** THALES CAMILO PESSOA

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 00239

**CONTA:** 000000022011

---

---

**Número da Autenticação**

FB79B363293956C3

---

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152404**

**Vítima: THALES CAMILO PESSOA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA**

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\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: **THALES CAMILO PESSOA**

Valor: **R\$ 9.450,00**

Banco: **001**

Agência: **000000239-9**

Conta: **0000022011-6**

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](http://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: 068.564.663-74 4 - Nome completo da vítima: Thales Camilo Pessoa

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

5 - Nome completo: Thales Camilo Pessoa 6 - CPF: 068.564.663-74  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: TRA. Nazaré - Sa - 425 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Santa Rosa 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.600.000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

**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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0239 9 CONTA: 22.053 6  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Santa Rosa - PE 15/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Thales Camilo Pessoa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 406 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **08/04/2020 10:06:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2020 17:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DA BARRAGEM - SENADOR POMPEU/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **THALES CAMILO PESSOA**  
Nascimento: **24/03/1999** CPF: **068.564.663-74**  
RG: **2008540108** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO**  
**LEONILDO PESSOA DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA PROFESSOR AUGUSTINO MARINHO, 586**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99952-9902**

**Noticiante(s)**

Nome: **ANTÔNIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO**  
Nascimento: **15/10/1962** CPF: **004.246.293-21**  
RG : Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **MARIA DE LIMA PEIXOTO**  
**JOSÉ CAMILO PEIXOTO**  
Endereço: **RUA E, 164 CONJUNTO COHAB**  
Bairro: **ALTO DO CRUZEIRO** CEP:  
Município: **SENADOR POMPEU/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99762-0848**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OIM2895 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4120CR582015 Renavam: 475891341 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JOSE RIBAMAR DA SILVA FILHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma a noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que seu filho Thales Camilo Pessoa, se envolveu em um acidente de trânsito no dia e local acima citado; Que a noticiante informa, que seu filho saiu de casa por volta das 17h:30min, informando, que ia para onde seus amigos estavam que ficava na Barragem do Patu; Que por volta das 18h:30min, recebeu uma ligação de uma amiga do seu filho, informando que seu filho tinha sofrido um acidente e estava no Hospital da Cidade de Senador Pompeu; Que a noticiante imediatamente se dirigiu para o Hospital, quando

Heider Beserra dos Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 300.820-1-X



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2020251930



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 406 / 2020**

chegou no Hospital viu seu filho desacordado e que o médico informou que ele seria transferido pois o acidente tinha sido grave; Que o seu filho passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas o Senhor Manoel Ancelmo de Souza Silva e a Senhora Antônia Patricianne da Silva Barros. Conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_

**JOSÉ WANDERSON ESTIMA SILVA - MAT.: 30124324**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**HELDER RESERVA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

*Welder Reserwa dos Santos*  
**Delegado de Polícia Civil**  
**Mat.300.820-1-X**

# 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: 068.564.663-74 4 - Nome completo da vítima: Thales Camilo Pessoa

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

5 - Nome completo: Thales Camilo Pessoa 6 - CPF: 068.564.663-74  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: TRA. Nazaré - Sa - 9 - Número: 425 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Santa Rosa 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.600.000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0239 9 CONTA: 22.053 6  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Santa Rosa - PE 15/04/2020  
x Thales Camilo Pessoa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





*Paciente de internado em 28/06 na unidade*  
**FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL**

Paciente: THALES CAMILO PESSOA		Matrícula: 007104 CNB: Não informado, CPF: Não informado	
Endereço: PADRE JOAQUIM CAVALCANTE, 509 Bairro: ALTO DA ESPERANÇA, CEP: 63050000, SENADOR POMPEU - CE			
Data de Nascimento: 24/03/1988 - Idade: 28 anos Sexo: masculino		Estado Civil: solteiro	
Telefone: (08) 9.9829-0018		Ocupação: Não informado	
Mãe: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEDOTO		Pai: LEONILDO PESSOA DOS SANTOS	
Ag. de Saúde: Não informado	PSF: ALTO DA ESPERANÇA	Conv.: Não informado	

Local de atendimento: 1802/2020 18h50	Fim do atendimento: 18/07/2020 21h13	Tipo: Eletivo
Nome de Referência: ISABEL APARECIDA MACHADO		

Sexo: M	Altura: 0.00	IMC: 0.00
Temperatura: 36.5	Pressão arterial: mmHg	Glucose: mg/dL
Freq. Cardíaca: bpm	Freq. Respiratória: rpm	SpO2:
Gravidade: Emergência	Esc. Glasgow:	Ent: AMANDA BENTO DE OLIVEIRA

**Exatidão da História:**  
 Anamnese: PACIENTE GRAVE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), POLITRAUMATIZADO, COM MÚLTIPLAS FRATURAS EM M.E., TRAUMATISMO CEFÁLICO IMPORTANTE, COM FRATURA EXPOSTA DO CRÂNIO, LESÃO EXTENSA EM COURO CABELODO. PRESENÇA DE RESADAMENTO DO SENSORIO, SENDO INTUBADO, PARA

Diagnóstico:	Observações:
--------------	--------------

Exatidão da História:
-----------------------

*SPL 200MG EV 500 19:50 200MG EV 500 19:50  
 FENTANIL 0.150 EV 19:55  
 MIDAZOLAM 15MG IV - FAZER SML E ACM 19:10  
 MIDAZOLAM 15MG IV - FAZER SML E ACM 19:52  
 FENTANIL 0.150 EV 19:55  
 NORADRENALINA 234ML 50 - CORRER 100TSMIN E ACM 19:55*

*Assinatura do Médico  
 TAC. de Responsável  
 Campos 18/07/2020*

*As 25:50 Paciente é liberado pelo SIMU*

**Dr. Marcelo Nobre**  
 Médico  
 CRM: 48149

MARCELO CRISTIANO CAMPOS NOBRE  
 Médico

THALES CAMILO PESSOA  
 Paciente ou Responsável

*Compare com original  
 23/02/2020  
 [Assinatura]*

**Nº DO CLIENTE**

**8181366**

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 160  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 574632246**

Rota 11 14000 09 400150 - 4 Data de Emissão 17/05/2019

Nome THALIA CAMILO PESSOA

End. Postal TR PRA MAZE SA 00425 00425  
FATIMA - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 7838964 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 060201343-77

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2019	17/05/2019	17/06/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU  
Mês Mai 2019 EUGO 20.11

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
67,16	27,00%	18,10

	Participação no Valor			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ENC	10	0,33	20,77	0,00	15,63	0,00
FIC	2,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
DMIC	1,92			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

FC44.4607.2896.0160.6400.8704.8910.4505

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo kWh	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	2324	2237	1,00	87	0,00	67,16
	17/05/19	16/04/19		31,14		67,16

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES	67,16
MULTA MORATORIA REF 04/2019	1,22
JUROS DO MES	0,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,97
INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC	-2,01
-ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,68 )	





## GUIA DE SEPULTAMENTO PARCIAL

Nome do Paciente: Juliana Camilo Pereira  
 Peça Amputada: Membro inferior esquerda a partir da coxa  
 Prontuário: 3658267  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Natural de: Sergipe, Paraíba  
 Sexo: M Profissão: \_\_\_\_\_ NASC: 24/03/199  
 Filiação Pai - \_\_\_\_\_  
 Mãe - Antônio Alvaro Camilo Pereira  
 Data e hora da amputação 18/02/2020 às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Justificativa da causa da amputação:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_  
 Cemitério: \_\_\_\_\_

Fortaleza (CE), 13 de 02 de 2020.

Enfermeira Orla de C. Soares  
 Enfermeira  
 COREN-CE 55107 - ENF

Dr. Antônio Nogueira  
 Fisiologia e Cir. Vascular  
 CRM 881  
 Médico Assistente-CRM

# Prótese Especiais

Especificação do Item	CONTENÇÃO ISQUÁTICA LAMINADO EM RESINA ACRÍLICA COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO
PRÓTESE, AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÉ, EM POLIETILENO OU RESINA ACRÍLICA COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, PODENDO SER ANTERIOR OU POSTERIOR À TÊXA E PREENCHIMENTO DA REGIÃO AMPUTADA EM MATERIAL LEVE E MACIO (CHOPARTUSFRANCOBOYDIPIROGOFF), GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES... ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS...-UNIDADE-1-UNIDADE	VÁLVULA DE EXPULSÃO DE AR AUTOMÁTICO DE MANUSEIO E COLOCAÇÃO RÁPIDA, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, SUPORTAR PACIENTE DE ATÉ 125KG, PÉ EM FIBRA DE CARBONO COM LÂMINAS DUPLAS ANTERIORES E POSTERIORES CONECTADAS COM UMA LÂMINA INFERIOR EM FORMA DE ARCO, UM ACESSÓRIO PARA COLOCAÇÃO DA PRÓTESE, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS, JOELHO MODULAR MONOCÊNTRICO EM DURALUMÍNIO COM SISTEMA DE FREIO SOB CARGA E LIBERAÇÃO COM PRESSÃO NO ANTE-PÉ PARA AMPUTAÇÕES TRANSFERIAIS COM PIRÂMIDE DE AJUSTE, CONTROLE PNEUMÁTICO DE FASE DE CARBONO... UNIDADE-1-UNIDADE
PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, EM ALUMÍNIO/TITÂNIO, ENCAIXE PTIBRIM COM ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL, ENCAIXE EXTERNO EM RESINA ACRÍLICA COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, ENDOESQUELÉTICA (MODULAR), GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS... PÉ DINÂMICO COM DEDOS COMPOSTOS COM MOLA EM "S" EM NYLON E INJECTADA COM ESPUMA DE POLIURETANO DE BAIXA DENSIDADE ENTRE A MOLA, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA... UNIDADE-1-UNIDADE	PRÓTESE, AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO, FEITA SOB MEDIDA EM MOLDE DE GESSO, CONTATO CONFORTÁVEL EM SILICONE, ESTÉTICA, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS, COM VEIAS E TEXTURA SEMELHANTES (AS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO PACIENTE)...-UNIDADE-1-UNIDADE
PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, EM ALUMÍNIO/TITÂNIO, ENCAIXE PTIBRIM, ENCAIXE INTERNO EM SILICONEURETANO/SILICONGEL COM PINO DE FIXAÇÃO DISTAL, ADAPTADOR SHUTTLE LOCK E MEIA DE INTERFACE, ENDOESQUELÉTICA (MODULAR), GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS... PÉ DINÂMICO COM DEDOS COMPOSTOS COM MOLA EM "S" EM NYLON E INJECTADA COM ESPUMA DE POLIURETANO DE BAIXA DENSIDADE ENTRE A MOLA, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA... UNIDADE-1-UNIDADE	PRÓTESE, AMPUTAÇÃO DESARTICULAÇÃO DE PUNHO, FEITA SOB MEDIDA EM MOLDE DE GESSO, CONTATO CONFORTÁVEL EM SILICONE, COM VEIAS E TEXTURA SEMELHANTES (AS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DO PACIENTE), ESTÉTICA, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES... MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS...-UNIDADE-1-UNIDADE
PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, EM ALUMÍNIO/TITÂNIO, SISTEMA DE ENCAIXE COM LINHA EM SILICONEURETANO, VÁLVULA DE EXPULSÃO ASSOCIADA AO ADAPTADOR PNEUMÁTICO DE RESISTÊNCIA A VÁCUO, JOELHEIRA DE MEDIÇÃO COM REVESTIMENTO INTERNO EM URETANO E ACESSÓRIO DE PROTEÇÃO, ENDOESQUELÉTICA (MODULAR), GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS... PÉ EM FIBRA DE CARBONO COM LÂMINAS DUPLAS ANTERIORES E POSTERIORES CONECTADAS COM UMA LÂMINA INFERIOR EM FORMA DE ARCO, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA...-UNIDADE-1-UNIDADE	PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, FUNCIONAL, PUNHO UNIVERSAL COM FRICÇÃO (OU PUNHO DE TRABA RÁPIDA COM FRICÇÃO), GANCHO DE TRABALHO E MÃO ATIVA DE 02 TIROS COM LUNA COSMÉTICA, MANUAL DE OPERAÇÃO, FEITA SOB MOLDE DE GESSO, ENCAIXE EM RESINA ACRÍLICA E REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, SISTEMA DE TIRANTES, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES... IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS...-UNIDADE-1-UNIDADE
PRÓTESE, DESARTICULAÇÃO DO JOELHO, EM ALUMÍNIO/TITÂNIO, ENCAIXE LAMINADO EM RESINA ACRÍLICA COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, CARTUCHO COM POLÍFORME DE SMM PARA CONFORTO DO PACIENTE, JOELHO MODULAR POLICÊNTRICO EM TITÂNIO COM UNIDADE HIDRÁULICA, ENDOESQUELÉTICA (MODULAR), GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, UM ACESSÓRIO PARA COLOCAÇÃO DA PRÓTESE, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS... QUE SUPORTE PACIENTE DE ATÉ 125KG E PÉ EM FIBRA DE CARBONO COM LÂMINAS DUPLAS ANTERIORES E POSTERIORES CONECTADAS COM UMA LÂMINA INFERIOR EM FORMA DE ARCO, UM PAR DE CALÇADOS...-UNIDADE-1-UNIDADE	PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, FEITA SOB MOLDE DE GESSO, COM MÃO ESTÉTICA E LUNA COSMÉTICA, ESTÉTICA... GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES... MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS...-UNIDADE-1-UNIDADE
PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSFERIAIS ENDOESQUELÉTICA (MODULAR), SISTEMA DE ENCAIXE COM LINER EM SILICONEURETANO SEU REVESTIMENTO E ANEL DE MEDIÇÃO P/NO N ENCAIXE, JOELHO MODULAR POLICÊNTRICO EM TITÂNIO, COM IMPULSOR E AUTOBLOQUEIO OU, N CASO DE PACIENTES GERÁTRICOS, ENCAIXE E CONTENÇÃO ISQUÁTICA LAMINADO EM RESINA ACRÍLICA COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, VÁLVULA DE EXPULSÃO DE AR AUTOMÁTICO DE MANUSEIO E COLOCAÇÃO RÁPIDA, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAC	PRÓTESE, AMPUTAÇÃO TRANSIBIL, FUNCIONAL, ENVOLVENDO PARCIALMENTE O OSÍRIO, LAMINADO EM RESINA ORTHOCRIL, REFORÇADO COM FIBRA DE CARBONO, COTOVELO COM TRAMA PASSIVA COM VÁRIOS ESTÁGIOS, MESA GRÁTIA, SISTEMA DE TIRANTES, FEITA SOB MOLDE DE GESSO, SISTEMA DE TIRANTES, ENDOESQUELÉTICA COM ENCAIXE DE CONTATO, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS... PUNHO UNIVERSAL COM FRICÇÃO (OU PUNHO DE TRABA RÁPIDA COM FRICÇÃO) MÃO ATIVA DE 02 TIROS, LUNA COSMÉTICA E GANCHO DE TRABALHO... UNIDADE-1-UNIDADE
	PRÓTESE, DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL, ENDOESQUELÉTICA (MODULAR) EM ALUMÍNIO, REFORÇADO COM FIBRA DE CARBONO NAS REGIÕES DE MAIOR APLICAÇÃO DE FORÇA, FECHAMENTO ANTERIOR ATRAVÉS DE PIELAS OU VELCRO, FORMAÇÃO INTERNA DA BASE DE APOIO EM POLÍFORME SMM MACIO PARA MELHOR CONFORTO DO PACIENTE, CESTO PÉDICO CONFECCIONADO EM POLIPROPILENO DE SMM OU COM RESINA ACRÍLICA FLEXÍVEL NA REGIÃO DO BORDO E NA ABERTURA ANTERIOR E RESINA ACRÍLICA RÍGIDA NA REGIÃO DISTAL DO ENCAIXE PARA FIXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DE QUADRIL, GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES JOELHO MODULAR MICROCÊNTRICO AUTOBLOQUEANTE COM IMPULSOR COM IMPULSOR INCORPORADO COM REGULAGEM DE TENSÃO DA MOLA DE EXTENSÃO E UNIDADE PNEUMÁTICA COM 02 REGULAGENS DE RESISTÊNCIA À FLEXÃO, REVESTIMENTO COSMÉTICO E UM PAR DE MEIA COSMÉTICA, ACOMPANHA UM PAR DE CALÇADOS, MANUAL DE OPERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO DO FABRICANTE NA PEÇA MANUAL DO USUÁRIO EM

PROFESSOR MÉDICO

Protese Comum

Especificação de Item
PROTESE, TRANSFERENCIAL, KNEE DA COXA, ENDOESQUELÉTICA MODULAR, AMPUTACÃO TRANSFERENCIAL, SUSPENSÃO POR VÍMULA DE VÍCIO OU COTO PEDINCO, JOELHOS E TORNOZELOS COM SISTEMA DE AUTOBLOQUEIO REVESTIDO COM ESPUMA E LATA COSMÉTICA, AÇO COM ESPUMA LAMINADA EM RESINA OU CONTÊNER ESQUINHA, PÉ SACH OU ARTICULADO - UNIDADE - 1 - UNIDADE
PROTESE, TRANSFERENCIAL, TÍPO - "PTB", ENDOESQUELÉTICA MODULAR, LAMINADA, SOQUETE FLEXÍVEL ENTRE O ENCAIXE E O COTO DA AMPUTACÃO, PÉ SACH OU ARTICULADO, OU DE AMPUTACÃO DISTAL AO SOLO, RESINA ACRÍLICA, REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, POLIURETANO, INJETADO - UNIDADE - 1 - UNIDADE

PRIEIRO ATENDIMENTO



Hospital Municipal MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL  
AV. J. FERREIRA DE MAGALHÃES, 997, CENTRO - CEP: 63600000, Senador Pompeu - CE  
CNPJ: 07.802.697/0002-44  
Telefone: (34) 3125-2346  
https://www.senadorpompeu.ce.gov.br

Paciente deu entrada em 18:50h na unidade

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Informações do paciente

Paciente: <b>THALES CAMILO PESSOA</b>		Matricula: 007194 CNS: Não informado CPF: Não informado	
Endereço: PADRE JOACIR CAVALCANTE, 586 Bairro: ALTO DA ESPERANÇA, CEP: 63600000, SENADOR POMPEU - CE			
Data de Nascimento: 24/03/1998 - Idade: 20 ano(s) Sexo: masculino		Estado Civil: solteiro	
Telefone: (88) 9.9828-0518		Ocupação: Não informado	
Mãe: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO		Pai: LEONILDO PESSOA DOS SANTOS	
Ag. de saúde: Não informado	PSF: ALTO DA ESPERANÇA	Conv.: Não informado	

Informações do Atendimento

Inicio do atendimento: 16/02/2020 18h50	Fim do atendimento: 16/02/2020 21h13	Tipo: Eletivo
Responsável: ISABEL APARECIDA PINHEIRO		

Informações da Triagem

Relato:		
Peso: 0.00	Altura: 0.00	IMC: 0.00
Temperatura: °C	Pressão arterial: mmHg	Glicemia: mg/dL
Freq. Cardíaca: bpm	Freq. Respiratória: mpm	SpO2:
Grau do Risco: Emergência	Esc. Glasgow:	Enf.: AMANDA BENTO DE OLIVEIRA

Dados do Acometido

Queixa principal: PACIENTE GRAVE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), POLITRAUMATIZADO, COM MULTIPLAS FRATURAS EM MIE, TRAUMATISMO CEFALICO IMPORTANTE, COM FRATURA EXPOSTA DO CRANIO. LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO.. PRESENÇA DE RESACAMENTO DO SENSORIO, SENDO INTUBADO, PARA

Relato:

Dados da História Clínica

Diagnóstico:	
Cid10:	Observações:

Medicamentos

Nenhum medicamento administrado.

Condicionamento

SRL 2000ML EV 500 19:50	500 19:50	500 19:50	500 19:50
FENTANIL 01FA EV 19:55			
MIDAZOLAM 01FA 10ML SF - FAZER 5ML E ACM 19:40			
MIDAZOLAM 04FA 80ML SG5% - CORRER 10GTS/MIN 19:52			
FENTANIL 02FA + 80ML SG5% - CORRER 10GTS/MIN 19:55			
NORADRENALINA 04FA + 234ML SG - CORRER 10GTS/MIN E ACM 19:55			

Atenção Medicada U.  
Toc. de Emergência  
CORRER 13-404

Evolução do atendimento

As 21:50 paciente é transferido pelo SAMU para

Dr. Marcelo Nobre  
Médico  
CRM: 16149

MARCELO CRISTIANO CAMPOS NOBRE  
Médico(a)

THALES CAMILO PESSOA  
Paciente ou Responsável

Compare com original  
21/02/2020  
celte

# Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

CRM 2332

Praça da Juventude S/N

Senador Pompeu - CE

## Laudo Medico

Nome: THALES CAMILO PESSOA

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vítima de acidente de trânsito em 16/02/20 onde foi socorrido ao hospital SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de AMPUTAÇÃO NO MÊ

Onde o mesmo foi submetido a tratamento ( ) clínico, (X) cirúrgico ( ) fisioterapia, complementado com CURETIVO DO COTO recebendo

alta definitiva em 12/05/20, evoluindo com sequela e dano irreversível de

100 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em MARCHA COM AUXÍLIO DE APARELHO  
( FOTO ANEXA )

Senador Pompeu 16/05/20

Miguel Franco Fernandes Vieira

MÉDICO

CREMEC-2332

CPF 013.225.302-59

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

Cretec 2332

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: THALES CAMILO PESSOA

Prontuario: 5658267

ADMISSÃO NO IJF EM 17/2/20 E NA UNIDADE 16 EM 28/2/2019 POR POLITRAUMATISMO POR COLISÃO MOTO E CARRO, SEM CAPACETE. DIAGNOSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFALICO GRAVE, CHOQUE HEMORRAGICO E FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM LESÃO VASCULAR GRAVE EVOLUINDO COM NECESSIDADE DE AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR EM 18.02.2020. INTERCORREU COM INSUFICIENCIA RENAL DIALITICA JA RESOI VIDA EM ENFERMARIA EVOLUIU COM DOR REFERIDA EM MEMBRO AMPUTADO E HUMOR DEPRIMIDO. ALIMENTA-SE VIA ORAL, EUPNEICO E AFEBRIL. ULTIMOS EXAMES LABORATORIAIS SEM ALTERAÇÕES. RECEBE ALTA EM 09.03.2020.  
CID 10 T07, N179, T13

Data: 09/03/2020

MARILIA CAVALCANTI DA TRINDADE

9824CRM





Recarta Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
068.564.663-74

Nome  
THALES CAMILO PESSOA

Nascimento  
24/03/1999

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Digitizado com CamScanner

REGISTRO  
SERIAL: 2008540108 - 5 DATA DE  
EXPIRAÇÃO: 28/06/2013

Nome: THALES CAMILO PESSOA  
TIPO: PESSOA DOS SANTOS

NATURALIDADE: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO

SENADOR POMPEU - CE DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1999

DOC. ORIGINAL

ERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 16843 FOLHA: 200

TIPO: A24 SENADOR POMPEU - CE

CPF: 00000000000

LEI Nº 7.118 DE 29.08.83 P. 102

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMEROS E PESSOAS COMUNS

Carteira de Identidade

Nome: Thales Camilo Pessoa

Polegar Direito

068.564.663-74

24/03/1999

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152404 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THALES CAMILO PESSOA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P.1(ANEXO 1)  
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO), DE MAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO 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 PERDA ANATÔMICA TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

**Vítima:** THALES CAMILO PESSOA

**CPF:** 068.564.663-74

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 16/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** THALES CAMILO PESSOA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**THALES CAMILO PESSOA : 068.564.663-74**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020  
Nome: THALES CAMILO PESSOA  
CPF: 068.564.663-74

THALES CAMILO PESSOA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152404 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THALES CAMILO PESSOA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P.1(ANEXO 1)  
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO), DE MAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO 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 PERDA ANATÔMICA TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

**Número do Sinistro:** 3200152404

**Vítima:** THALES CAMILO PESSOA

**CPF:** 068.564.663-74

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 16/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** THALES CAMILO PESSOA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

**Número do Sinistro:** 3200152404

**Vítima:** THALES CAMILO PESSOA

**Data do acidente:** 16/02/2020

**CPF:** 068.564.663-74

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** THALES CAMILO PESSOA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

---

**Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152404**

**Vítima: THALES CAMILO PESSOA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152404**

**Vítima: THALES CAMILO PESSOA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA**

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152404**

**Vítima: THALES CAMILO PESSOA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA**

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152404**

**Vítima: THALES CAMILO PESSOA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você