



---

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2014

Carta nº: 5735178

A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3140042064  
**Vitima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 04/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



**Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2014**

**Carta nº: 5825816**

**A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** 3140042064  
**Vítima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 04/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5953407

A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3140042064  
**Vitima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 04/09/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000008144**

**Conta: 00000521-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.350,00</b>

**Dano Pessoal:** Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 100%) 10,00%

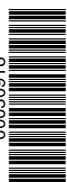
<b>Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>1.350,00</b>
--	-----	-----------------

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3140042064 - 1

Nome do(a) Examinado(a): RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA IV nº 186 - NOVO MONDUBIM - FORTALEZA/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 96002721184 - SSP

Data local do exame: 12/12/2014 FORTALEZA/CE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMATISMO CRANIANO E FACIAL.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### SINISTRADO COM FACIES ASSIMETRIAS, COM QUEIXAS DE CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. \*65 ANOS.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### CRANIO FACIAL.

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 12/12/2014

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



## DECLARAÇÃO

Eu Ricardo Martins do Nascimento RG 9600272184  
CPF 233.957.703-97 declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em 04/08/14 fui socorrido por paramédicos  
E levado ao hospital UPA do Prof. José (Walter) Góis

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Jataíza UF CE Data 11/11/2014

**Declarante**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ricardo Martins da NatividadePORTADOR(A) DO RG Nº 96002721184 EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 04/12/96 ECPF 23396703-92 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E-RENDIMENTO-MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mil/mês, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8144 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5021-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

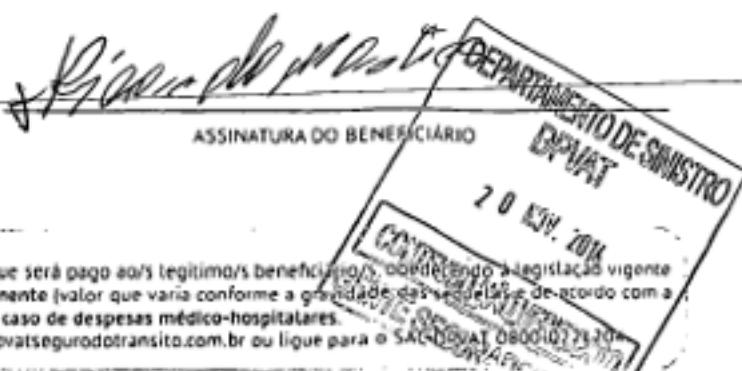
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 11 de Novembro de 2014

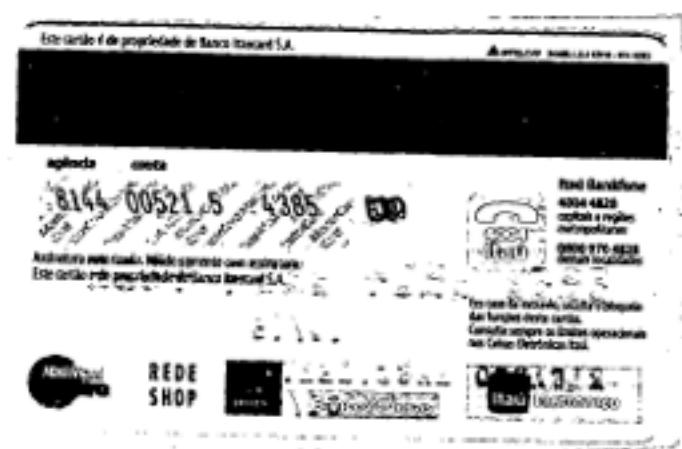
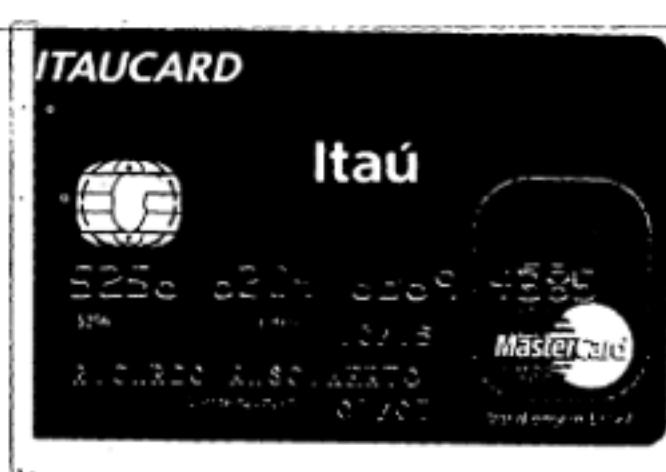
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, considerando a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da invalidez), de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC-DPVAT 0800-0078120.



Width1Width3Width993Width3Width8643  
h993Width8643



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL**



Width1Width3Width993Width3Width8643

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.**

### **> DADOS DA OCORRÊNCIA**

**NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS**

**Nº B.O.: 108-07889/2014 CIOPS: -**

**DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 05/11/2014 15:48**

**DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 04/09/2014 17:00**

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV PERIMETRAL**

**PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA/CE**

**PONTO DE REFERÊNCIA:**

**MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):**

**HISTÓRICO:** DISSE a noticiante que no local e data supracitados a vítima pilotava um moto ciquentinha /chassi 951bxkbb5bb004829 /cor vermelha quando foi colhido por um veículo guiado por uma mulher, não tendo as placas do veículos; Que ele foi socorrido por populares e conduzido ao UPA DO PREF. JOSÉ VALTER e depois para o HGF, sendo constatada forte pancada na cabeça e no rosto, bem como trauma no ombro, no braço, na perna e na costela. E NADA MAIS DISSE.

### **> DADOS DA VÍTIMA**

**NOME: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**RG: 96002721184 ORG?O EMISSOR: SSPDS UF: CE**

**DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1950**

**FILIAÇÃO: FRANCISCO MARTINS DO NASCIMENTO**

**ALZUMIRA MARREIRA MARQUES**

**ENDEREÇO: R RUA 04 127**

**MONDUBIM**

**FORTALEZA/CE**

**TELEFONE: 3296.5849**

### **> DADOS DO NOTICIANTE**

**NOME: MARIA IVONEIDE DO NASCIMENTO**

**RG: 92024030637 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE**

**FILIAÇÃO: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**MARIA LUCIMAR DOS SANTOS NASCIMENTO**

**ENDEREÇO: R 4 186 PLANALTÔ MONDUBIM**





MONDUBIM  
FORTALEZA/CE - TELEFONE: 32986

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: PCC Correia  
MATRÍCULA: 135626--1-X

*PCC Correia*  
Escrivão  
135.626-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Ivoneide do Nascimento  
VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Instituição da IML



Eu, Ricardo Martins do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 9600272184 e inscrito no CPF/MF sob o nº 233.957.903.97, residente e domiciliado na R. 5V loy. Plan. Mandubim nº 166 no bairro Mandubim, Cidade Fortaleza, Estado CE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Fortaleza 11/11/2014.

Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Martins da Nascimento

RG nº 9600279184 data de expedição 04/12/96, Órgão SSP-Ce

CPF nº 033.957.703-97, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. IV CJ - Plan. Mondubim</u>
Número	<u>106</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Novo Mondubim</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>60000 000</u>
Telefone de Contato	<u>3013-3716</u>
E-mail	

\* Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 11/11/2014

Assinatura do Declarante: Ricardo Martins





## Wiederholung

(4704512051)

— RICARDO M. DO MESTRE MENDO

REF ID: A64244244  
CMD LIBRARY RU IV CJ PLRN MONOUBIH 185. NOVO MONOUBIH

Order # FORTRESS

237 00000-000

End. 8:1995

— 2 —

Revolving **881** General **882** Total **883** **884**

本节将通过一个具体的例子来说明如何使用

Setor	Medidor	Latax Anterior	Latax Atual	Unidades	Valor Latax
ÁGUA	R09F20+614	2001	2932	51	51

Lectura Actual: 09/09/2018 | Última Modificación: 09/09/2018 | Versión Actual: 0009

Latum Antennae: 03, 03, 2013; Proboscis Latum: 09, 10, 2014; Last Update:

GRUPO EDITORIAL O JORNAL DO BRASIL S.A. - RJ - 100-18

M. da Auscultação	Obs.	Resposta	Lat.	Leitura	Relação	+
Tríplice	531	531	126	531	531	
Arterial	572	572	572	572	572	
Do embrião	572	572	571	568	571	

#### ABENDEGOMS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

REITERAMOS SUA PONTUALICADE. AGORA TRABALHAR E SPUDS.  
DEVOLDO A FALTA DE CHUVAIS PODER USO RACIONAL P/ ECONOMIA 2000 REVIS

Department/Region	Value ('000)	Percentage of Total Value
North America	209,781	44.1%
Europe	143,113	29.6%
Asia Pacific	80,713	16.5%
Middle East & Africa	26,713	5.3%
Latin America	20,713	4.2%
Total	460,320	100.0%

TITULOS SOBRE O FATURAMENTO:		VALOR Faturado
Descrição	Valor R\$	VALOR Faturado
PIS	6,26	VALOR DO SERVICO
COF. ING.	1,25	VALOR DO SUBSÍDIO
		VALOR TOTAL P. PAGAR
		268,39
		0,00
		268,39
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR R\$:
09/2014	01/10/2014	268,39



**E obrigaçao do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cogeco, conforme resoluções das Agências Reguladoras.**

Maiores informações pelo telefone: 8800 275-2151  
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site  
[www.capeco.com.br](http://www.capeco.com.br) ou na ouvidoria Capeco  
3108-1958, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria  
e-mail: [1555.Serviço@CAPECO.COM.BR](mailto:1555.Serviço@CAPECO.COM.BR) [www.capeco.com.br](http://www.capeco.com.br)

Entidades Reguladoras: Portaria: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; ANA - Agência Nacional de Águas; Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados da Águas do Ceará.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
D.P.V.A.T.  
15 Oct. 1954  
Autencia de Pupiles de  
San Juan de Sanxón  
CONTRIBUYO Y PREVADO  
GESTE SEGURIDAD

Registro de Atendimento  
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 04/09/2014 17:24:05

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1.5. T00800012993488	1.6. NOME: RICARDO MARTINS PEREIRA	1.7. RG: 5320625
1.8. D: NASC: 28/01/1985	1.9. ESTADO CIVIL:	1.10. SEXO: M
1.11. NOME DA MÃE: ANTONIA MARTINS VIEIRA	1.12. NOME DO PAI: VALDEMAR PEREIRA LIMA	
1.13. TIPO DE LOGRADOURO: Rua	1.14. ENDEREÇO DO PACIENTE: 18	1.15. N°: 36
1.16. COMPLEMENTO:	1.17. TELEFONE CONTATO:	1.18. MUNICÍPIO: MARACANAÚ
		1.19. UF: CE CEP: 61921190

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

2.1. NOME: RICARDO MARTINS FERREIRA	2.2. PARENTESCO:	2.3. TELEFONE:
2.4. ACIDENTE DE TRABALHO		
2.5. TIPO DE VÍNCULO:	2.6. CARGO/EMPREGADO:	2.7. CNPJ DO EMPREGADOR:
		2.8. CODIGO DO CNAE:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

3.1. MOTIVO DE ATENDIMENTO: <i>Acidente com motociclista: Acidente de transporte sem colisão. Indl: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta</i>
3.2. GUERRAS:

INFORMAÇÕES:

4.1. SINAIS-VITAIS		
4.2. PRESSÃO ARTERIAL	4.3. 0	4.4. MMHG
4.5. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	4.6. 0	4.7. MRM
4.8. FREQUÊNCIA CARDÍACA	4.9. 0	4.10. BPM
4.11. TEMPERATURA	4.12. 36.00	4.13. °C
4.14. GLICEMIA	4.15. 0	4.16. MG/DL
4.17. SATURAÇÃO DE O2	4.18. 0	4.19. %
4.20. LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	4.21. Escala de Dor: Fome	4.22. PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO
4.23. ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL		

PROTOCOLO DO IJF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA

DATA *05/11/14*

SERVIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
BPVAT  
20 NOV. 2014

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
BPVAT  
20 NOV. 2014  
CONTEÚDO JÁ VERIFICADO  
GENTE SEGURADORA SA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Prefeitura de  
FortalezaRegistro de Atendimento  
EmergencialSAÚDE  
HOSPITALAR

Emitido em: 05/11/2014 8:35:25

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUS

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA 04/09/2014 17:24:05

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF: 706660012993486	NOME: RICARDO MARTINS PEREIRA			Registro: 5320025
RG:	D. NASC: 28/01/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: ANTONIA MARTINS VIEIRA		NOME DO PAI: VALDEMAR PEREIRA LIMA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 18	Nº: 38	BAIRRO: NOVO ORIENTE
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61921190

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: RICARDO MARTINS FERREIRA	PARENTESCO:	TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO		
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:
ACOVIDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: cacoamento, queda ou projeção de uma motocicleta.

QUEIXAS:

ESPERAÇÕES:

## SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL	0	MMHG
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	MRM
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0	BCM
TEMPERATURA	36.00	°C
GLICEMIA	0	MG/DL
SATURAÇÃO DE O2	0	02
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PÚBLICA	ESCALA DE DOR: FONTE	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL		

PROTOCOLO DO IWF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA  
DATA 05/11/14

SERVIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
20 NOV. 2014  
CONTEÚDO NÃO RETIRADO  
GENTE SEGURADORA S/A



## INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção"

Boletim de Emergência Reg.: S333 JJ?

O Sr.(a) RICARDO MARINOS é o responsável

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 24/11/2014, às 17 h.

Tendo como causa do socorro \_\_\_\_\_

COVARDIA MUNDIAL

Observações: 7 (SGC) D/S DZ

APROVADO BRUNO

Fortaleza, 29 de 11 de 20014

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Boletim de Emergência Reg.: S333 JJ?



**RECEITUÁRIO**

Nome: Ricardo Matias BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

R

① ALGINAS RGJARO —

01 (p) VO Ju DIA

Data: \_\_\_\_\_

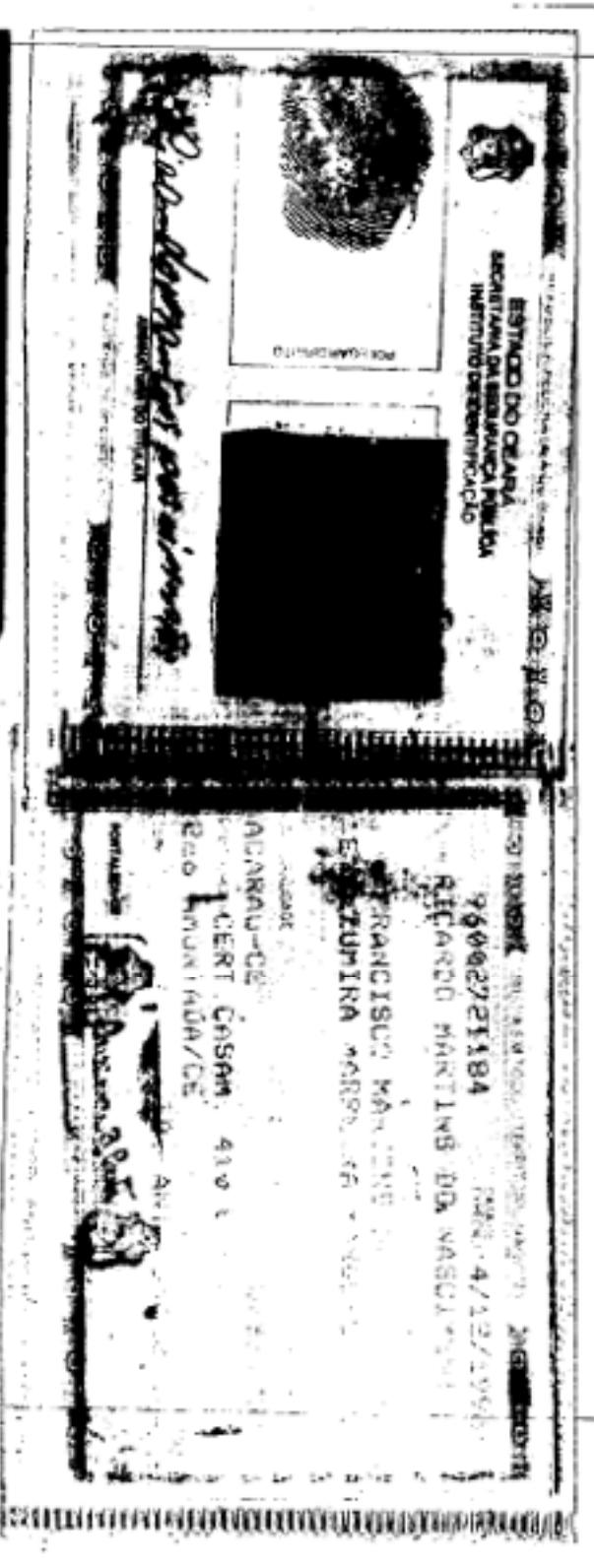
Dr. Diego Henrique de Lima  
Médico  
CRM/CE: 25.784

Assinatura e Carimbo do Médico

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

NA 006-003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140042064      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 04/09/2014      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO, TORÁCICO E NOS MEMBROS

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140042064      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 04/09/2014      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO E FACIAL.

**Descrição do exame** SINISTRADO COM FACIES ASSIMETRIAS, COM QUEIXAS DE CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. \*65 ANOS  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA SEQUELAS DE LESÕES CRÂNEO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Facial, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

**Assinatura do médico:**

