

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10683879

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10684131

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº: 10858746

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10955600

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

**Sinistro:** 3170147688 ASL-0074738/17  
**Vítima:** PEDRO FELIPE DE SOUSA  
**Data Acidente:** 15/10/2016  
**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2017

Carta nº: 11011199

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro: 3170147688 ASL-0074738/17  
Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA  
Data Acidente: 15/10/2016  
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: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 000000066868-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11234004

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170147688 ASL-0074738/17

Vitima: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Data Acidente: 15/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

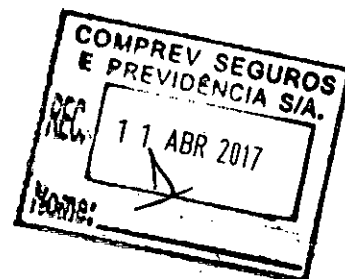
Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

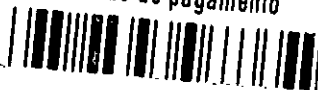
**Seguradora Líder-DPVAT**



DOCUMENTO 1 \*T196\*



Autorização de pagamento



## 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, PEDRO FELIPE DE SOUSA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 10076233580 EXPEDIDO POR SSDICE EM 10/04/14 E  
 CPF 1461112443-34 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Motorista  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 380,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PEDRO FELIPE DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 com documento FÁCIL);
- 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/beneficiário(s).

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 134 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.66868-9

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.

Paulista 22 de Dezembro de 2016  
 LOCAL E DATA

Pedro Felipe de Sousa  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o tabelão 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 0800-0221204.





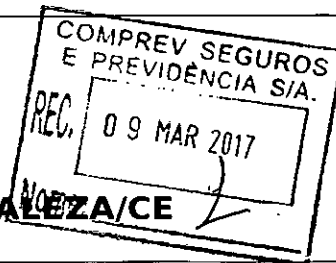
CE

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8606 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2016 14:51:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/10/2016 17:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA GOIANESA**  
Complemento:  
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **ESTAÇÃO DE GENIBAU**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **PEDRO FELIPE DE SOUSA**  
Nascimento: **24/08/1957** CPF: **146.112.443-34**  
RG: **20076283580** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO**  
**MANUEL FELIPE DO CARMO**  
Endereço: **RUA SÃO MARCOS, 93**  
Bairro: **CONJUNTO SÃO MIGUEL**  
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.640-060**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98990-9571**



**Dados do(s) Veículo(s)**

- 1) Placa: **HVQ3220** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC250WVR010545** Renavam: **686073614** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **PEDRO FELIPE DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSI4345** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9BWAA05W8EP037820** Renavam: **594453216** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANA ALDALICIA DE A MOTA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HVQ-3220/CE QUANDO UM CARRO DE PLACA OSI-4345 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O FROTEIRO DE ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////  
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

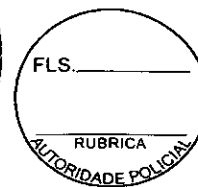
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*[Assinatura]*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

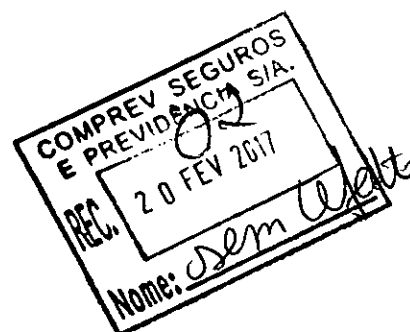
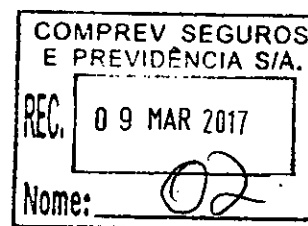
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 8606 / 2016**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PEDRO FELIPE DE SOUSA., portador da carteira de identidade nº 20076 e inscrito no CPF/MF sob o nº 146.112.443-34, residente e domiciliado na STO. MARCOS - CS. 93 - FORTALEZA - CE, Cidade FORTALEZA, Estado CEARA, 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;

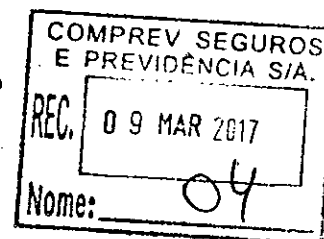
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.



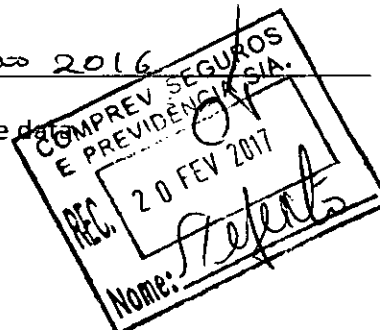
Pedro Felipe de Sousa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



28 de Dezembro 2016

Local e data



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
PEDRO FELIPE DE SOUSA

DOCUMENTO 2 \*T2%\*

Nº DO PRONTUÁRIO  
87740

Nº DO BE  
9254

CADASTRO



SEXO  
M

RACIA/CO  
PARI

NOME DO RESPONSÁVEL  
MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO  
ENDEREÇO  
RUA SAO MARCOS 93 SAO MIGUEL  
CONTATO

MARIA DE FATIMA  
MUNICIPIO  
FORTALEZA

CEP  
NI

UF  
CE

LOCAL DO ACIDENTE E/OU TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE

OCCORRÊNCIA

QUEIXA  
PACIENTE TRAZIDO PLEO SAMU, VITIMA SIC E COLISÃO MOTO CARRO, RELATA DOR NO  
TCR, NOZELO DIR.

MOTIVO  
ACIDENTE DE MOTO

SINTOMAS  
NI

ESCALA DE DOR  
99 (ADULTO)

PESO  
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL  
120/80  
ALÉRGICAS  
NI

SINAIS VITAIS

SAT O2  
NI%

PULSO  
NI

GLICÊMIA  
NI

TEMPERATURA  
NI °C

CLASSIFICAÇÃO  
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
ITAECIO FELIPE SILVA

DATA E HC  
CLASSIFIC  
15/10

ÁREA DE ATENDIMENTO  
ATELIER DE TRAUMA

ÁREA DE ATENDIMENTO

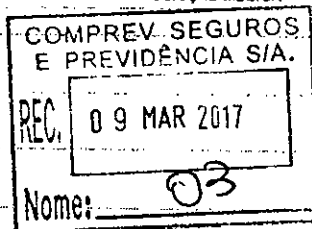
ANÁLISE

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura de Tibia e fíbula (D)  
alinhador com pulso e fixação proximal  
S. comport. cl. Gesso suplen com orientações de  
dor com gesso (compressão) e re to  
Frnt. pua (D) 303090200 CID S82.2  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Mirlane Augusto  
Cirurgião de Ombro  
Ortopedia CRM 11283

ALTA

TIPO DE ALTA/SAÍDA

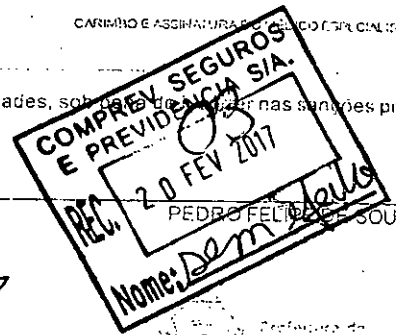
( ) CANCELAMENTO MÉDICO ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA DE REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Impresso por Itacélio Felipe Silva em 15/10/2016 às 18:41:12

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de sanção nas sanções previstas no ar  
Código Penal

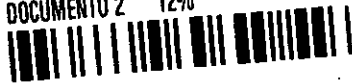


Rx pua (D): AN, perfil

Até

Prefeitura de  
Fortaleza  
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA  
FROTHINA ANTONIO BEZERRA  
Mirlane Menezes Marques Soares  
Mat. 45300-01  
Coordenadora SAME - HDEAM  
CONFERE COM ORIGINAL

DOCUMENTO 2 \*T2%\*



CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AV MISTER HULL, 4546  
FORTALEZA - CE  
60356-000



PEDRO FELIPE DE SOUSA  
R SAO MARCOS 93  
CAUCAIA - CE  
61640-060

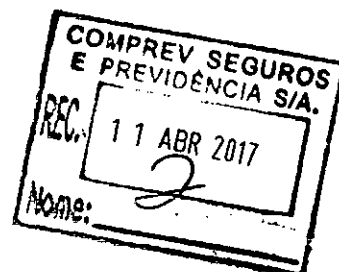
JK543868874BR



NSA-8380 DCLM95PR01 0170109,74CM

20208

CAIXA





HDEAM - H

DOCUMENTO 4 \*T4%\*

Prefeitura de  
Fortaleza

## RECEITA

A/Pedro Felipe de Sousa

1) Nimesulida 100mg

1g 12/12h 7 dias

2) Dipirona 1g — 12h

1cp 6/6h se dor

3) Fitonutricional:

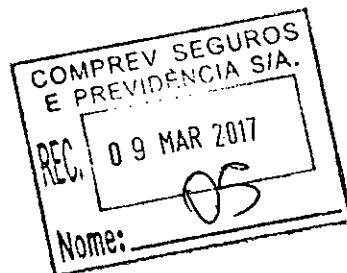
4) 22/10/16 às 8h  
Fitonut antes se piorar dor

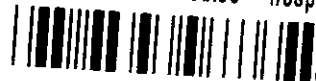
15/10/16

Dr. Michael Augusto  
Cirurgião de Ombro  
Ortopedista CRM 11283QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

- 05/11/16 - 08:00





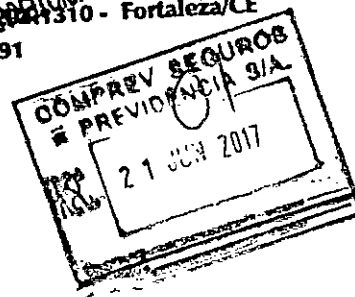
# CLIFÍSIO FISIOTERAPIA SC LTDA.

Dedamos para os devidos  
 fim que o paciente Pedro  
 Felipe de Sousa portador de  
 Sequela de fratura de Tibia e  
 fíbula D. necessita tratamento  
 fisioterápico para a recuperação, realize  
 20 (vinte) sessões no valor de  
 690,00 (Seiscentos e noventa  
 reais)

R\$ 09.05.18

Dr. Maria Rosângela  
 Fisioterapeuta Responsável

Av. B, nº. 690 - 2ª Etapa Conj. Ceará - Fortaleza/CE  
 CNPJ 23.443.570/0001-91





HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
Frotina de Antônio Bezerra



Fortaleza

RECEITA

P/ Pedro Felipe da  
Sousa

20 sessões de Fisioterapia -  
para puno Tornozelo (D)  
e Joelho (D)

Diag: Fratura de Tibia  
e fíbula (D)

28/01/17

Dr. Marcos Augusto  
Oliveira de Castro  
CRM 1123

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MATA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34833210 CNPJ - 4.885.197/0010-35

CONFREV SEGUROS  
de PREVIDENCIA S/A.  
21 JUN 2017





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

950701620

Nome: PEDRO FELIPE DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR: 20076283580 SSPDS CE

CE: 146.112.443-34 DATA NASCIMENTO: 24/08/1957

PERIÓDO: MANOEL FELIPE DO CARMO

MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO

PERIÓDO: ACC: CADEIA: AB

VALIDADE: 13/09/2018 1ª HABILITAÇÃO: 09/04/1990

01455915200

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR: *Pedro Felipe de Sousa*

DATA EMISSÃO: 10/04/2014

LOCAL: FORTALEZA, CE

55804978808  
CE137801530

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

DETRAN - CE (CEARÁ)

PROVIDO PLASTIFICAR

950701620

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 09 MAR 2017

Nome: *06*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 20 FEV 2017

Nome: *07/07/2017*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT 01 00686003564 00000000000 2015  
Nº 012261384515  
R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

NOME: PEDRO FELIPE DE SOUSA  
FORTALEZA  
PLACA: 14611244334  
PLACA ANT./UF: /CE  
ESPECIE: PAS/MOTOCICLO  
MARCA/MODELO: HUNDA/CB 125  
CATEGORIA: PARTIC  
VENC./COTAS: 11/11/11  
DATA DE PAGAMENTO: 11/12/2015  
PREMIO TARIFARIO (R\$): 14,34  
COTA UNICA: 14,34  
FAIXA IPVA: 14,34  
PARCELAMENTO / COTAS: 14,34  
PREMIO TOTAL (R\$): 14,34  
OBSERVAÇÕES: 11/12/2015  
LOCAL: FORTALEZA  
SUPERINTENDENTE: Igor Ponte

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 09 MAR 2017  
Nome: [assinatura]

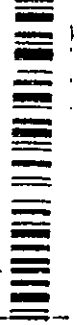
COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 20 FEV 2017  
Nome: [assinatura]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAC: SEGURO DPVAT

CE Nº 012261384515 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 11/12/2015  
CNPJ: 09.248.040/0001-04  
www.seguradora lider.com.br

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAC: SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 6 \*T6%\*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170147688 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FELIPE DE SOUSA **Data do acidente:** 15/10/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 09/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO PROCESSO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

## 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:** 3170147688

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** PEDRO FELIPE DE SOUSA

**Data do acidente:** 15/10/2016

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE  
SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da tíbia e fíbula direitas.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema residual, déficit da dorso flexão do tornozelo direito e déficit da flexão do joelho direito

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador com imobilização gessada por 120 dias, relata ter realizado 23 sessões de fisioterapia e que encontra-se de alta definitiva.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

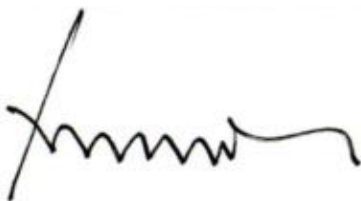
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO FELIPE DE SOUSA** Sinistro: **3170147688** Data: **15/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Marcos, 93 - São Miguel (Jurema) - Caucaia - CE - CEP 61640-060**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **20076283580**

Data local do exame: [ **12/05/2017** ] **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)  
**Fratura da tíbia e fíbula direitas. . Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema residual, déficit da dorso flexão do tornozelo direito e déficit da flexão do joelho direito**

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**Tratamento conservador com imobilização gessada por 120 dias, relata ter realizado 23 sessões de fisioterapia e que encontra-se de alta definitiva.**

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

**Limitação funcional do membro inferior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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 valoração do dano corporal.

  
Assinatura do médico - CRM  
Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues - CRM: 4600 - CE