

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta nº: 9106475

A/C: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sinistro: 3160301006 ASL-0878986/16
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Data Acidente: 13/10/2015
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, 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, 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2016

Carta nº: 9131766

A/C: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sinistro: 3160301006 ASL-0878986/16
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Data Acidente: 13/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/10/2015**. 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9557653

A/C: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sinistro: 3160301006 ASL-0878986/16
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Data Acidente: 13/10/2015
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: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 00000645-9

Conta: 0000016760-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Bradesco

Crédito-Débito
Crediário



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 2779 8445 6106

09/19 0645 9 0013760 6 01 00

VALIDO ATÉ AGENSA DIG CONTA DIG VSA TIPO

FRANCISCO DE A MAIA TORRES



etr



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5200 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 26/11/2015 13:39:20
Data / Hora da Ocorrência : 13/10/2015 17:15:00
Endereço da Ocorrência: AV ALBERTO CRAVEIRO EM FRENTE AO CASTELÃO

CASTELÃO FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: CENTRO OLÍMPICO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Nascimento : 01/01/1959
RG: 993879 Órgão Emissor: SPSP UF: CE - CPF: 11645695387
Filiação: JOÃO TORRES DE LIMA
MARIA ZILÁ MAIA TORRES
Endereço: AV C BL 145, APTO 202
CONJUNTO ESPERANÇA 60763460
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 85987568041

Histórico

Afirma o declarante que na data e hora acima citados, quando atravessava a Avenida Alberto Craveiro, foi atropelado por um veículo VW GOL PRETO, 2015, PLACAS PMI-9537, deste saiu lesionado e foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Antônio Prudente. E nada mais disse.

Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

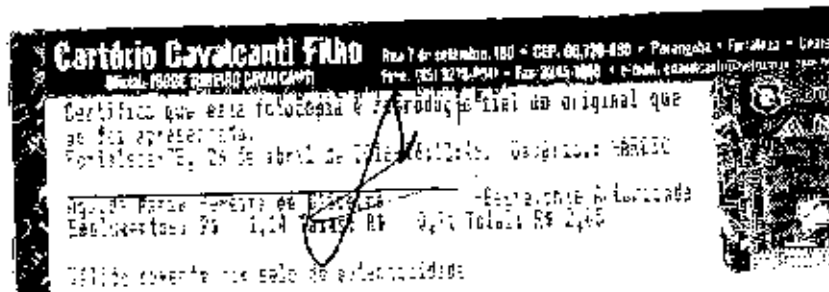
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROCILEIDE SOUZA DA SILVA MAIA MARTINS - MAT.: 133211-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

3232998



13/10/2015 17:53:49

ato

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
543531	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	M	01/01/1959	56
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
993879 SPSP CE	11645696387		1-CASADO	
Endereço				
AV C. - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763450				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
296-6814				



DADOS DO CONVENIO

Convenio		COLEÇÃO
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA -	
Carteira	Validade	
99181000035006010		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Ficha Atendimento
13/10/2015	17:53		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clínica		
	6 TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

PACIENTE POLITRAUMATIZADO QUEDA BRASILEIRA
MOMENTO DO CASO / DA FICHA (COM FICHA)
+ TRATAMENTO EM CASO DE ACIDENTE
C/ SINAIS DE

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

PROFESSOR

Dr. José Alagor de Sousa Lima
CREMEC - 10807
Ortopedia e Traumatologia

R4310RA - KELLY NAIANI COSTA PEREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

08:36 04/05/2016 12:21:53 CTR000001028 3907 5

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00645-9

CONTA: 000000016760-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1708201605000000000023700645000000016760168750 PAGO

Nº DO CLIENTE
611289-7

Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60125-040 Fortaleza - CE
CNPJ 07.049.251/0001-13 CCF 09 105 848-3

celcel



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-G E PJ

Rota 15 01230 21 106200 - 0 Data de Emissão 20/04/2016

Nome FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

End. Postal AV C COND ESPERANCA 00145 AP 202

CONJUNTO ESPERANCA - FORTALEZA - 60763460

Medidor 1244523

Poste 1269 W275

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND

RG / CPF / CNPJ 116456953-87

CGF

Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO	
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Apresentação	Veja a legenda no verso desta conta	
Abr/2016	20/04/2016	20/05/2016	Conjuntos	500 52.55

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
158.69	27.00%	42.84	DIC	5.19	18.39	20.77	0.00	0.00	0.00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC <td>0.30</td> <td>0.90</td> <td>10.30</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td>	0.30	0.90	10.30	0.00	0.00	0.00
STC 2052.6650.7480.1021.3402.6699.4020			DMIC <td>2.94</td> <td></td> <td></td> <td>0.00</td> <td></td> <td></td>	2.94			0.00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

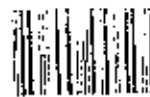
Leq. Atual	Leq. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
51529	51274	1.00	255	0.00		0.45702	5.29
						0.17344	28.18
						0.36609	67.21
						0.65273	21.74
20/04/16	21/03/16	30 DIAS	255				121.66

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	121,66
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 078	10,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	28,41
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,17



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
3230996



13/10/2015 17:53:49

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
543531	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	M	01/01/1959	56
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
993879 SPSP CE	11645695387		1-CASADO	
Endereço				
AV C. - C.J. ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763460				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
296-6914				



DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
99181000035008010		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116000-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
13/10/2015	17:53		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
			6 TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

Paciente politraumatizado com fratura de fêmur direito e tibia esquerda, com lesão de ligamento cruzado anterior direito e lesão de ligamento cruzado posterior esquerdo.

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

Assinatura

Dr. José Alvaro Pereira de Lima
CREMEC 10807
Ortopedia e Traumatologia

54310RA - KELLY NAIAMI COSTA PEREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

54310RA - KELLY NAIAMI COSTA PEREIRA



**ANTONIO
PRUDENTE**

SOLICITAÇÃO DE COPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

NOME DO SOLICITANTE: F. ... A. ... M. ... T. ...
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: 993 979
DATA DA INTERNAÇÃO OU DO 1º ATENDIMENTO: 13/11/2015 (Todos)
CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: Plano ...
FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: DPVAT
TELEFONE(S) PARA CONTATO, COM DDD: (85) 32966714 / (85) 98756504

O SOLICITANTE É O PACIENTE: ☒ SIM ☐ NÃO

CASO NEGATIVO, INFORMAR:

NOME DO PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____

RELAÇÃO MANTIDA ENTRE O SOLICITANTE E O PACIENTE: _____

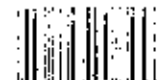
O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer cópia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se, neste momento, a arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada, cujo custo é de R\$0,10 (dez centavos) por página.

O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da cópia do prontuário médico, desde que o faça com a finalidade de atender às normas emanadas dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

Uma vez autorizado o fornecimento das cópias, o prazo estimado para disponibilização varia de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias úteis, contados a partir da localização do prontuário médico no arquivo deste hospital. Informações podem ser obtidas através do telefone nº (85) 3455-5761.

Fortaleza/CE, 03 / 11 / 2015

Assinatura do solicitante



20/10/2015 10:15:25

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
543531	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	M	01/01/1959	56
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
993879 SPSP CE	11645695387		1-CASADO	
Endereço				
AV C. - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763460				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
296-6814				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CONSORCIO /IA LIVRE FORTALEZA
22 HAPVIDA	14 NOSSO F "O ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
99181000035006010	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	-116200-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/10/2015	10:14		CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
1307136 JOSE ALANO BENEVIDES DE LIMA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ALEXANDRA COSTA BANDEIRA

05/11/2015 09:59

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES		Atendimento:	32453166	Prontuário:	543531
Profissional(ie):	JOSE ALVARO BENEVIDES DE LIMA CRM 10807	Nº:	02312665	20/10/2015	às 10:45	leito:
ANAMNESE						
CID10		S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO				
Queixas e Sintomas Gerais		FRATUR DO UMEMO PROXIMAL D REITO HA 1 SEMANA				
DIAGNÓSTICO						
CID10		S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO				

05/11/2015 10:10

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES		Atendimento:	32339965	Prontuário:	543531	
Profissional(s):	JOSE ALAN BENEVIDES DE LIMA CRM 108074-1		Nº:	02265151	13/10/2015 às 17:58	Idade:	33223
ANAMNESE							
CID10		Z000 EXAME MÉDICO GERAL					
Queixas e Sintomas Gerais		PACIENTE ATROPELADO POR CARRO HÁ 11 HORAS COM TCE E TRAUMA NO OMBRO DIREITO. FERIMENTOS EM COURO CABELUDO E FACE. SEM DEFICIT NEUROLÓGICO FOCAL. CONSCIENTE E ORIENTADO CD SOLICITA RX E TC DE CRÂNIO E FACE. AO CIRURGIA PARA AVALIAR TCE E ABDOME.					
DIAGNÓSTICO							
CID10		Z000 EXAME MÉDICO GERAL					

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

05/11/2015 10:10

1 - Registro Anagrafe	2 - N. G.U. Principale	3 - Data di AutORIZZAZIONE	4 - Sottoscrizione	5 - Data di Validazione del Documento	6 - Data di Emissione del Documento	7 - Data di Emissione del Documento
ANS n° 362082	2057278					13/08/2015

8 - Número de Contrato 00181005036000010	9 - Plano PLANO ENFERVIDA TOTAL ESP CIUTI ENF	10 - Valores da Contrato	11 - Nome FRANCISCO DE ASSIS MASA TORRES	12 - Número do Contrato Resgatado (se houver)
---	--	--------------------------	---	---

13 - Código no Operadora CNPJ/CNPJ 5874945000109	14 - Nome do Contribuinte HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE	15 - Código UENF 2415631
---	--	-----------------------------

10 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL	17 - Categoria Profissional CRM	18 - Número do Conselho 11435	19 - UF CE	20 - Estado Civil
--	------------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------------

21 - Diferença de Salário	22 - Custo de Substituição	23 - CUP 14	24 - Indenização Cível
---------------------------	----------------------------	-------------	------------------------

EXAME MÚLTIPLO GERAL

26 - Tabela 26	28 - Confirmação de Residência	27 - Duração	28 - Cód. Sp/Co	29 - Cód. Aut
----------------	--------------------------------	--------------	-----------------	---------------

12	02	34000025	TL DAS ARTIGOS LACOES (TEXT CLAUING) NOT-PUB-DAG-FEM JOE. PED)	Genna: 055800000
13	02	34000000	TL DAS ARTIGOS LACOES (TEXT CLAUING) NOT-PUB-DAG-FEM JOE. PED)	Genna: 593000000

30 - Código na Opção do CNPJ/CNPJ- seguro de saúde	31 - Nome do Controlado VIDA IMAGEM FORTALEZA	32 - T. Ing.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38-Cod. BGE	39-CEP	40-Código CNFR
---	---	--------------	---	----------------	---------	-------------	--------	----------------

24 - Cópia da Resolução CREA/CE nº 1.267/2010	41 - Nome do Profissional Exerceur/Complementar FRANCISCO ALVARO PEREIRA LEM	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número do Conselho 11435	44 - UF CE	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação
---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------------	---------------------------

Ag - Tipo de Atendimento	01 - Remédios	02 - Pequena Cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	07 - Internação	08 - Outros
--------------------------	---------------	-----------------------	---------------	---------------	------------	-----------------------------	-----------------	-------------

4B - Tipo de Operação	6D - Tempo de Operação
-----------------------	------------------------

61 - Data	52 - Transmissão	53 - Transmissão	54 - Táb.	55 - Codificação de Produto	56 - Data	57 - Via	58 - Taxa	59 - Número de Assinatura	60 - Valor Transm. de	61 - Valor Transm. de
13/10/2015				34010025 TC DAS		1				0.00
				ULACQUES						0.00

[illegible]

63 - Data e Assinatura do Procedente em São Paulo: 3 - 1 14 1 57 1 1 5 - 1 1 10 1 1 1 1 7 - 1 1 14 1 1 1 1 8 - 1 1 14 1 1 1 1

2- اكتب اسم الدولة التي تتحدث فيها اللغة العربية.

4- اكتب اسم الدولة التي تتحدث فيها اللغة الفرنسية.

6- اكتب اسم الدولة التي تتحدث فيها اللغة الإيطالية.

8- اكتب اسم الدولة التي تتحدث فيها اللغة الألمانية.

10- اكتب اسم الدولة التي تتحدث فيها اللغة الإسبانية.

64 - Discordo AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

65 - Total Procedimientos - R\$	66 - Total Unes ou Alimentos - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Dietas - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Correl. de GUB - R\$
---------------------------------	------------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

88 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	85 - Data e Assinatura do Prestador Externo 12/10/2015
---------------------------------------	--	---	---

[illegible]

13-00000 PMF FRANCISCO ALAN B/ 13/00/2015 20:41 192.354.101

CONFERE O PRONTUARIO
LEANDRO 431
Assinatura

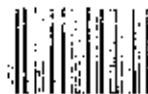
CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
ASSINATURA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 169874536

1 - Roteiro Anual ANS nº 368352	3 - N.º Cuij Principal 169874536	4 - Data de Autorização	5 - Roteiro	6 - Data de Validade da Guia	7 - Data de Emissão da Guia 13/10/2015
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
8 - Número da Carteira 0018100003500010	10 - Plano PLANO ENFERVIDA TOTAL ESP. CUIJENF	11 - Nome FRANCISCO DE ASSIS, MAIA TORRES	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
13 - Código de Operação (CNPJ/CPF) 5874816000109	14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE	15 - Código CNEC 2415631			
16 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 11435	19 - UF CE	20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

30922013		17/04		3		Exame de Urgência/ Emergência		2005		EXAME MEDICO GERAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
----------	--	-------	--	---	--	-------------------------------	--	------	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

13/10/2015 17:54:56

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
543531	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	M	01/01/1959	56
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
993879 SPSP CE	11645695367		1-CASADO	
Endereço				
AV C, - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763430				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		
296-6614				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETA
Carteira	Validade	
89181000035006910		

DADOS DO ATENDIMENTO

Sétor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
13/10/2015	17:55		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica 4 CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

- R4310RA - KELLY NAZANI COSTA PEREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431.

Assignment

62:56 36:15 12:15 12:33 55:33 29:29 29:29 29:29

05/11/2015 10:08

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES		Atendimento:	32339982	Prontuário:	543531
Profissional(is):	FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL CRM 11435		Nº:	02268011	13/10/2015 às 20:31	leito:
ANAMNESE						
Queixa Principal			POLITRAUMA			
CID10			Z000 EXAME MEDICO GERAL			
DIAGNÓSTICO						
CID10			Z000 EXAME MEDICO GERAL			

05/11/2015 10:08 543531 32339982

CONFERE O PRONTUÁRIO
 LEANDRO 431
 Assinatura

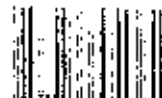


ANTÔNIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

02344618



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

14/10/2015 07:32:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
543531	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	M	01/01/1959	56
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
993879 SPSP CE	11645695387		1-CASADO	
Endereço				
AV C, - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 80763460				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
295-6814				

DADOS DO CONVENIO

Convênio			
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA	COLETIVO	
Carteira	Validade		
99181000035006010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/10/2015	07:29		CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clínica	
		2-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
<p>→ aguarda reavaliação e cirurgia e trauma.</p>			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ALEXANDRA COSTA BANDEIRA

08137-944037-2176 1071408 558060001 138 1001 5



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página: 1 de 1

14/10/2015 08:06

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Convênio: MAPVIDAProntuário: 543531
Atendimento: 32344618Profissional: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA CRM
7841

Nº: 02267467

14/10/2015

às 08:39

Relato:

Queixa Principal

atropelamento por carro - SIC- POLI TRAUM
DIAGNOSTICO

RX ATLS EM PRE

CID10

AVALIAÇÃO P-ESPECIALISTA D. GABRIEL

S707 TRAUM SUPERF MULT D O QUADRIL E A COXA

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

EXAME PROCEDIMENTOS E DOCS

PRESCRIÇÃO MED

1. PROFENID IV (100.0mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1FRAP Agora

100 ml

Ev

CRM-9895

2. DECADRON (4.0mg/ml)

Água Destilada

10mg

2.5ML

Agora

17.5 ml

Ev

CRM-9895

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM-9895

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

R3001_MED

S - 91207 9102/5040 01/01/2015

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

ATESTADO MÉDICO - DPVAT

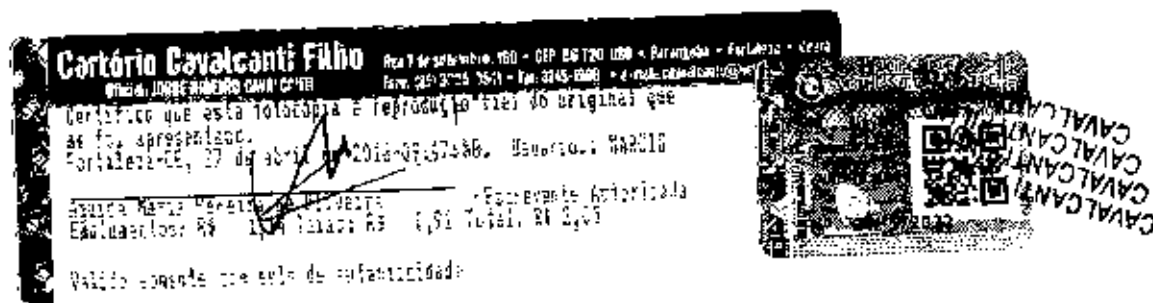
ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA REFERE ACIDENTE DE CARRO EM OUTUBRO DE 2015 REALIZANDO TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR PARA FRATURA GRAVE DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO ASSOCIADO A FRATURA DO ILÍACO DIREITO E FRATURA DO OSSO NASAL. APRESENTA-SE NO MOMENTO COM FRATURAS CONSOLIDADAS, COM SEQUELA DEFINITIVA DE LIMITAÇÃO GRAVE DO MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

CID: S42.2

FORTALEZA, 25/04/2016

Dr. Jose Alano Benevides de Lima
CREMEC - 10807 T507 - 12652
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo

JABL





FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

ATESTADO MÉDICO

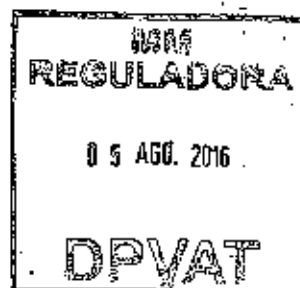
ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA REFERE ACIDENTE DE CARRO EM OUTUBRO DE 2015, REALIZADO TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR PARA FRATURA GRAVE DO ÚMERQ PROXIMAL DIREITO, ASSOCIADO A FRATURA DO ILÍACO DIREITO E FRATURA DO OSSO NASAL. APRESENTA-SE NO MOMENTO COM FRATURAS CONSOLIDADAS, COM SEQUELA DEFINITIVA DE LIMITAÇÃO GRAVE (DEFICT DE 60% DOS MOVIMENTOS DO OMBRO) DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

CID: S42.2

FORTALEZA, 16/06/2016.

Dr. José Alano Benevides de Lima
CREMEC - 10807 TEOT - 12852
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo

JABL



SEBORDEN LIDE RUMT 10 & 14/07/2016 18:04 - 000000163990

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160301006 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES **Data do acidente:** 13/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2016

Valoração do IML: 50

Diagnóstico: FRATURA DE ILIACO,FACE E UMEROS DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO DIREITO:50% DE 25%

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Registro No.: **601770** Digitado em: 30/11/2015
Livro: 1971 Pág.: 028 Digitado por ROBINSON?
Enviar para: 16º DISTRITO POLICIAL



Carlinio Cavalcanti Filho
Carlinio Cavalcanti Filho
Carlinio Cavalcanti Filho

EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Em 30 de Novembro do ano de 2015, nesta cidade de Fortaleza, e na sede da COMEL, pelo Coordenador Dr. (a) **Renato Evando Moreira Filho**

Foram designados os peritos:

Robinson Negreiros Ferreira - CRFMTC 5656

Para procederem a exame de corpo de delito (lesão corporal) em:

Francisco De Assis Maia Torres a fim de ser atendida a requisição de nº **862** de 2015 do(a) **DEL. ACIDENTE E DEBITOS DE TRANSITO**, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, responderem aos seguintes quesitos:

PRIMEIRO - Se há ofensa a integridade corporal ou à saúde do paciente; **SEGUNDO** - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; **TERCEIRO** - Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel; **QUARTO** - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; **QUINTO** - Se resultou perigo de vida; **SEXTO** - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; **SÉTIMO** - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente.

Em consequência, às **11:15** de **30/11/2015** passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgaram necessárias findo os quais declaram:

Periciando refere ter sido vítima de ocorrência de trânsito no dia 13/10/2015. Traz atestado médico datado de 14/10/2015 e assinado pelo Dr Gabriel Franco - CRM 9895, em que consta diagnóstico de fratura do ilíaco e úmero direitos, tratamento conservador e necessidade de pelo menos 90 (noventa) dias de afastamento médico. EXAME FÍSICO: Presença de limitação funcional de movimentos do ombro direito.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1) SIM, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACIMA DESCRITO.
- 2) CON FUNDENTE
- 3) NÃO
- 4) SIM
- 5) NÃO
- 6) RESPOSTA APÓS ALEA DE INTELIGÊNCIA COM ATESTADO CONCLUSIVO DO MÉDICO ASSISTENTE
- 7) RESPOSTA APÓS ALEA DE INTELIGÊNCIA COM ATESTADO CONCLUSIVO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Robinson Negreiros Ferreira
Perito - CRFMTC 5656

SELO DE AUTENTICAÇÃO
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA011648



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria De Medicina Legal - COMEL
NÚCLEO DE TRAUMATOLOGIA FORENSE

Registro N. **683353 / 2016**

Digitacao: 20/06/2016 (FRANCISCO.NETO)
Livro: 2031 Pagina:201

Enviar para 16º DISTRITO POLICIAL

EXAME SANIDADE EM LESÃO CORPORAL

Em 20 de junho de 2016, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do NÚCLEO DE TRAUMATOLOGIA FORENSE, por Dr. Renato Evando Moreira Filho foi designado o perito:

Francisco Augusto Neto

- CRM - Nº. 5519

Para proceder a exame de corpo de delito (SANIDADE EM LESÃO CORPORAL) em

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

a fim de ser atendida a requisição de nº 1277 / 2016, emitida pelo (a) DEL. ACIDENTE E DELITOS DE TRÂNSITO descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:15 hs de 20/06/2016 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando refere ocorrência de trânsito no dia 13/10/2015. Veio para complementar exame realizado no dia 30/11/2015, livro 1971, página 20. Exibiu atestado médico assinado pelo médico de CREMEC 10807, datado de 16/06/2016 em que informa: "refere acidente de carro em outubro de 2015, realizado tratamento médico conservador para fratura grave do úmero proximal direito, associado a fratura do ilíaco direito e fratura nasal. Apresenta-se no momento com fraturas consolidadas".

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?

Sim;

SEGUNDO - Resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função?

Sim, debilidade permanente em grau médio no ombro direito;

TERCEIRO - Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável, deformidade permanente?

Não.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Francisco Augusto Neto
- CRM - Nº. 5519

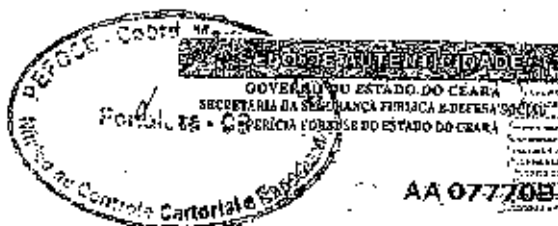
Conferir com o original. DOUF

08/07/2016

Escrivão de Polícia Civil

Assinatura

Luciana Hypolito Siqueira
Escrivã de Polícia
Matrícula 151918-1-2



AA 077708

20/6/2016 10:37

1 de 1

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - 10.6.14/07/2016 18:04 - 000020163563

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0878986/16

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

CPF: 116.456.953-87

Data do Acidente: 13/10/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES : 116.456.953-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 13/05/2016

Nome: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

CPF/CNPJ: 116.456.953-87

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/05/2016

Nome: Cristina Limeira Alves

CPF: 041.380.364-31

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Cristina Limeira Alves



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisco de Assis Maia Varkes
 DATA DO ACIDENTE 13.10.2015 CPF DA VÍTIMA 116.456.953-89
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Francisco de Assis Maia Varkes
 ENDEREÇO DO PORTADOR AV: C BL: 145 APT: 202
 Nº — COMPLEMENTO — BAIRRO St. Esperança
 CIDADE FORTALIZA UF CE CEP 60.763-460
 E-MAIL — TELEFONE 085.8756.8041
3206.6814

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27.04.16

IDENTIDADE 993879

ASSINATURA Francisco de Assis Maia Varkes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27.04.16 MATR. CORREIOS 81794100

NOME AGENCE

ASSINATURA AGENCE

AGENTE DE CORREIOS
 MATR. 8.179.410-0



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento o Sr. Francisco de Assis Maia Torres, no dia 13/10/2015, às 17hs:15min, na, Avenida Alberto Craveiro, Bairro Castelão. Sendo vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o Hospital Antonio Prudente.

Fortaleza, 17 de Novembro de 2015.

Atenciosamente,



Alexandre Magno Baithazar

Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza



Márcia Reboças

Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

BO Nº 301 - 5200 / 2015

GUIA Nº 301 - 862/2015

FORTALEZA, 26 de novembro de 2015

Natureza do Exame: **CORPO DELITO**

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Data de Nascimento: **01/01/1959**

Estado Civil: **CASADO(A)**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Profissão: **OPERADOR DA**

VIA LIVRE

Filiação: **JOÃO TORRES DE LIMA**

MARIA ZILÁ MAIA TORRES

Documento de Identificação: **RG** Número: **993879**

Órgão Emissor: **SPSP** UF: **CE**

Residência: **AV C, BL 145, APTO 202**

CONJUNTO ESPERANCA 60.763-460

FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência:

AV ALBERTO CRAVEIRO EM FRENTE AO CASTELÃO,

CASTELÃO

FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: **13/10/2015 17:15**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL**

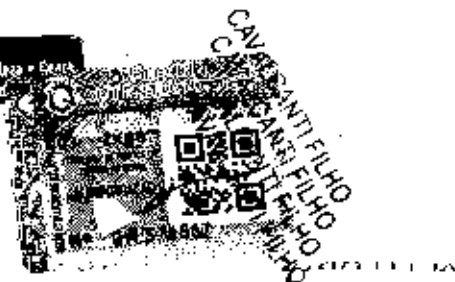
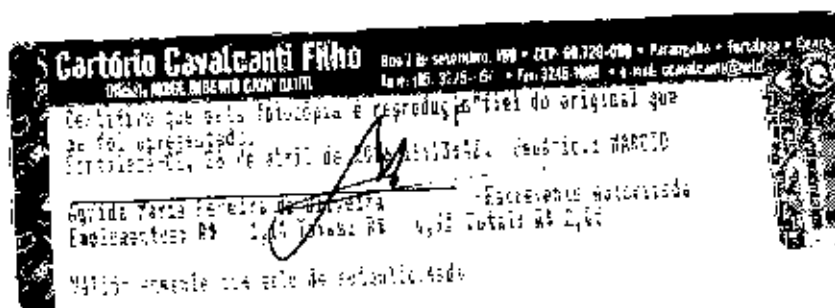
DELEGADO CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - 011201-1---5

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO a Guia de número 862/2015 do município FORTALEZA.

Em **26/11/15**

Nome/Assinatura





**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder

**SEI
A
POSTA
SEGURA**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://www.twitter.com/dpvatoficial)

blog: www.viverseguronotransito.com.br

08 78386 116
L-57 138

REMETENTE / Sender

Francisco de Assis Maria Torres

TELEFONE / Phone Number



Seguradora Líder - DPVAT

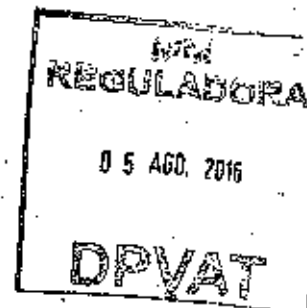


Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2016

Carta nº: 9131766

A/C: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sinistro: 3160301006 ASL-0878986/16
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
Data Acidente: 13/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:



Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 13/05/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 13/10/2015. 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT 10.6.14/07/2016 13:04 - 000001-13989



Seguradora Líder - DPVAT

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES
AVENIDA C, 145 AP 202
CONJUNTO ESPERANÇA
CEP 80763-460 - FORTALEZA - CE



JS208651891BR

Saiba: www.dpvatseguradora.com.br

Para a indenização do seguro DPVAT, é imprescindível juntar os documentos necessários e entregar a Seguradora Líder dos consórcios de seguro DPVAT S.A. em uma seguradora consorciada, que após constatar a sua regularidade, emitirá a guia de indenização. Para dar entrada no pedido de indenização, você precisará preencher o formulário de indenização e anexar a principal interessada a guia de indenização.

DPVAT: Como Requerer

Seguradora Líder - DPVAT



Seguradora Líder

SEGURADORA LÍD

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
FRANCISCA DE ASSIS MOTA TORRES		35.2296.6814	
ENDEREÇO / Address		35.987568041	
DNIC: 132.143 NDT: 02 Gend. Expressa			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
60765460	FORTALEZA	CE	BRAZIL

3160302006

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)

- ☐ MUDOU-SE (Moved)
- ☐ RECUSADO (Refused)
- ☐ DESCONHECIDO (Unknown)
- ☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)
- ☐ AUSENTE (Absent)

TENTATIVAS DE ENT

1° ___/___/___ às ___:___ 2° ___/___/___

- ☐ Informação presta
Information provided for
- ☐ Reintegrado ao se
Reinstated to service pos

Data ___/___/___ Respon

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160301006 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES **Data do acidente:** 13/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE ILIACO E UMEROS DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: IML COMPLEMENTAR

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160301006 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES **Data do acidente:** 13/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2016

Valoração do IML: 50

Diagnóstico: FRATURA DE ILIACO,FACE E UMEROS DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO DIREITO:50% DE 25%

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

