



---

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](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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2016

Carta n°: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta n°: 9557653

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.: 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%

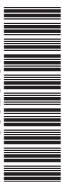
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO  
- SEGURO DPVAT -**



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou  
Ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

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, Francisco de Assis Maria Sobres,

PORTADOR/A DO RG N°: 993.879 EXPEDIDO POR SPSP - CF EM 16/02/1977

CPF 116.456.953-87 CNPJ 23.333.333/0001-00, PROFISSÃO:

Taxista de Trânsito E RENDA MENSAL DE R\$ 950,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MIL

Cidade: Rio Claro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.  
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA 0445-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. DE CONTA CORRENTE 0016760-6 (BRADESCO)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

**ATENÇÃO**

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Fortaleza, CE

DATA 27/04/2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: Francisco de Assis Maria Sobres

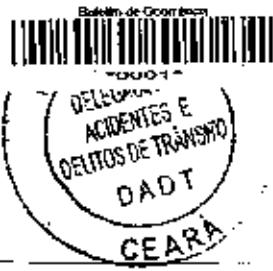
08:39 04/05/2016 192143 GESTORES CAR 2016



4887 9040525201 102144 5555555555555555



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 - 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

CASTELAO 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 ESPERANCA 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 disso.

Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

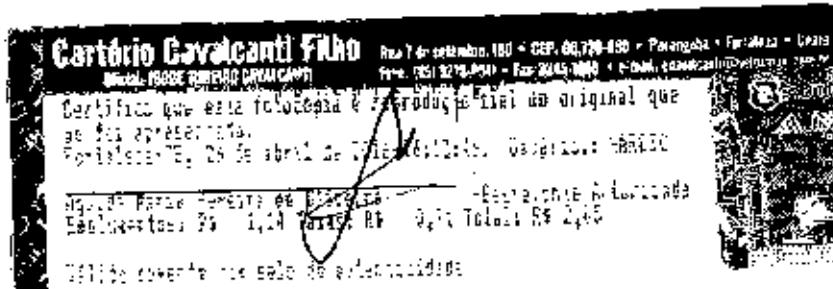
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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





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

BRADESCO17082016050000000002370064500000016760168750 PAGO

Nº DO CLIENTE

**611289-7**

RUA PADRE VALDEZ, 150 - CENTRO

CEP 60135-000 - FORTALEZA - CE

CHP/07-007-251/0001-5 CEP 06105-940-3

celco

Comprovante de residência



0015\*

## CONTA DE ENERGIA ELETRICA | GRUPO B | SÉRIE B-G | F N°

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

Nome FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

End. Postal AV C CONJ ESPERANCA 00145 AP 202

CONJUNTO ESPERANCA - FORTALEZA - 60763460

Medidor 1244523

Poste 1269 W275

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potencia 0,00

RG / CPF / CNPJ 116456953-87

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Atenção	Prazo de Entrega	Indicador Qualidade do Fornecimento
Abr/2016	20/04/2016	20/05/2016	Conjunto: BAE JARDIM Mês: Abr/2016 USO 52,55 ICMS = 0,60 %

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Aplicação Individual
150,67	27,00%	42,81	DIC	5,19 18,39 26,77 0,00 0,00 0,00
			FIC	0,30 6,38 13,20 0,00 0,00 0,00
			DMIC	2,94 6,88

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo	ICMS	Consumo B-AW	Consumo Incl.	Consumo Faz.	União/Instituiç/Int.	Valor (R\$)
51529	51274	1,00	255	0,00	54 0,47062 0,47344 0,56639 0,62235	5,22 25,18 28,41 21,74
20/04/16	21/03/16	30 DIAS	255			121,66

## DESCRÍÇÃO

## VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	121,66
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,00
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	28,41
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,12

## 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

543531 FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sexo \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

M 01/01/1959 56

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Carteira Profissional \_\_\_\_\_

993879 SPSP CE

11645695387

Estado Civil \_\_\_\_\_

1-CASADO

Endereço \_\_\_\_\_

AV C - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763460

Documento de identificação médica Hospitalar

Telefone Residencial \_\_\_\_\_

Telefone Trabalho \_\_\_\_\_

296-6914



## DADOS DO CONVENIO

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

## DADOS DO ATENDIMENTO

Selar	Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
116600-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	13/10/2015	17:53		CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente				Clinica
Médico Acompanhante				TRAUMATOLOGICA
				Peso /Kg Temperatura (°C)

Paciente Francisco Maia Torres

Mae de Caneira

x Trauma no membro

(2) Dorsal

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Dr. JOSE ALBERTO  
CREMEC 10861  
Ortopedico e Traumatologista  
Santos 2853  
20130-004

54310RA - KELLY NAIANI COSTA PEREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura



ANTONIO  
PRUDENTE

**SOLICITAÇÃO DE COPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

NOME DO SOLICITANTE: E. M. T.

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: 993 675

DATA DA INTERNAÇÃO OU DO 1º ATENDIMENTO: 13/11/2015 ( Todos )

CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: PLANO DE SAÚDE

FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: D P VAT

TELEFONE(S) PARA CONTATO, COM DDD: (85) 32966714 / (11) 987568941

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: \_\_\_\_\_

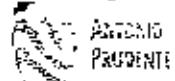
O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer copia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se, neste momento, a arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada, cujo custo é de R\$0,10 (dez centavos) por página.

O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da copia 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 copias, 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



## DADOS PESSOAIS

Atendimento  
32453 66

20/10/2015 10:15:26

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

Prontuário Nome do Paciente

543531 FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

Sexo Nascimento Idade

M 01/01/1959 56

RG

993679 SPSP CE

CPF

11645696387

Carteira Profissional

Estado Civil

1-CASADO

Endereço

AV C - CJ ESPERANCA, FORTALEZA(CE) CEP 60763460

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

296-6814

## DADOS DO CONVENIO

Convenio	CONSORCIO VIA LIVRE FORTALEZA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO F	NO ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade		
99181000035006010			

## DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

-116000-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data Hora Matricula

20/10/2015 10:14

Atendimento

CONSULTA RETORNO

Médico Atendente

1307126 JOSE ALANO BENEVIDES DE LIMA

Clínica

TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ALEXANDRA COSTA BANDEIRA

03:26 24/05/2016 (S2130 SENAC/SC 100% PDI)



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/11/2015 09:59

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	Atendimento:	32453166	Protocolo:	543531
Profissional(is):	JOSE ALVIMOS BENEVIDES DE LIMA CRM Nº: 02312665	20/10/2015	As 10:45	Isito:	10807
<b>ANAMNESE</b>					
CID10	S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO				
Quelxas e Sintomas Gerais	FRATUR DO UMEOR PROXIMAL O REITO HA 1 SEMANA				
DIAGNÓSTICO					
CID10	S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO				

00136 04/05/2014 10:21:31 SENACRO LOGIST 5



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/11/2015 10:02

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	Atendimento:	32453168	Prontuário:	543531
Profissional(is):	JOSE ALANOS BENEVIDES DE LIMA CRM Nº: 02313517	20/10/2015	hs: 12:04	Iaito:	10807
DATA/HORA DA ALTA					
Data Da Alta	20-OCT-15				
Hora Da Alta	12:04				

05/11/2015 10:10

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	Atendimento:	32339965	Prontuário:	543531
Profissional(s):	JOSE ALANOS BENEVIDOS DE SENA CRM - Nº: 02265151	13/10/2015	as 17:58	Setor:	133223
10807433-0777					
<b>ANAMNESE</b>					
CID10	Z000 EXAME MÉDICO GERAL				
Queixas e Sintomas Gerais	PACIENTE ATROPELADO POR CARRO HA 11 HORA COM TCE E TRAUMA NO OMSRO DIREITO. PEREMBTOS EM COURSO CABELUDO E FACE. SEM DEFECT NEUROLOGICO FOCAL. CONSCIENTE E ORIENTADO CD SOLICITOU RX E TC DE CRANO E FACE AO CIRURGIA PARA AVALIAR TCE E ABDOME.				
<b>DIAGNÓSTICO</b>					
CID10	Z000 EXAME MÉDICO GERAL				

CONFIRME PRONTUÁRIO

LEANDRO YSL

Assinatura



SAFARI

## GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 169874536

1 - Registro Avis  
ANS n° 3683321 - N.º Guia Padrão  
169874536

## DADOS DO BENEFICIARIO

2 - Número da Carteira  
001810000350000103 - Plano  
PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP OUTR INF

4 - Data de Autorização

5 - Hora

6 - Data de Validade da Saida

7 - Data da Emissão da Guia  
13/10/2015

## DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

8 - Cédula de Operadora/CNPJ/CPF  
58740160001089 - Nome do Consultado  
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10 - Validade da Carteira

11 - Nome  
FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

12 - Número da Carteira Nuclear de Saúde

13 - Nome do Profissional Solicitante  
FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL14 - Conselho Profissional  
CRM15 - Código CNES  
2415631

16 - N.

17 - Número no Conselho  
1143518 - UF  
CE

19 - Código DBO S

## DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

20 - Data	21 - Serviço / Procedimento	22 - Valor	23 - Exame / Medicos Gerais	24 - Exame / Medicos Especialistas	25 - Data Saida / Data Entrada
20 - 13/10/2015	21 - 34010025 TC DAS ARTICULACOES	22 - 32,00	23 - EXAME MEDICO GERAL	24 - EXAME MEDICO ESPECIALISTAS	25 - 13/10/2015
20 - 13/10/2015	21 - 34010106 FC DA PELVE OU BACIA	22 - Senha: 055660726	23 -	24 -	25 -

## DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Cédula de Operadora/CNPJ/CPF  
6350010500011331 - Nome do Consultado  
VIDA IMAGEM FONTELEZA

32 - T. Leis.

33-34-35 - Logradouro - Número  
Complemento

36 - Município

37 - UF

38-Cent. IRGE

39-CEP

40-Código CNES

41 - Cédula de Operadora/CNPJ/CPF do Exec.  
Companhia  
6318094439141 - Nome do Profissional Executante/Companhia  
FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL42 - Conselho Profissional  
CRM43 - Número no Conselho  
1143544 - UF  
CE

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

## DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento  
01 - Relatório 02 - Pequena Consulta 03 - Consulta 04 - Consulta 05 - Atendimento Doméstico  
07 - SADT Informado 08 - Optometria 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapias Pessoal Substitutiva47 - Informação de Acidente  
E - Acidente ou Doença relacionado ao Trabalho  
† - Trabalho 2 - Outra48 - Tipo de Saida  
1 - Relatório 2 - Relatório SADT 3 - Referência  
4 - Internação 5 - Alta 6 - Obito

## CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Diagnóstico

50 - Tempo de Diagnóstico

## PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código da Procedimento	56 - Cota	57 - Cota	58 - Vlr	59 - Vlr	60 - Vlr	61 - Vlr	62 - Valor Total - R\$
13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	1	34010025 TC DAS ARTICULACOES	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	1	34010106 FC DA PELVE OU BACIA	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## 63 - Data e Assinatura do Prestandor em Série

1 - L - M -	3 - L - M -	5 - L - M -	7 - L - M -	9 - L - M -
2 - L - M -	4 - L - M -	6 - L - M -	8 - L - M -	10 - L - M -

## 64 - Observações

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS  
RESULTADOS DOS EXAMES E AVAIIACAES DE MEU ATENDIMENTO

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxes & Aluguelo - R\$	67 - Total Material - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Olarias - R\$	70 - Total Consultas Medicinais - R\$	71 - Total Detalha Guia - R\$
1	1	1	1	1	1	1
13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015	13/10/2015
87 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorizado	88 - Data e Assinatura do Encarregado pelo Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executivo				

R2100\_EMSE 13/10/2015 20:41

FRANCISCO ALAN LEAL 182,85,4,101

CONFIRMAÇÃO DE  
LEIAI DRO 432  
Assinatura

LEIAI DRO 432



ESTE PRONTUÁRIO É 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 ESPERANÇA, FORTALEZA(CE) CEP 60763430					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
296-6814					

## DADOS DO CONVENIO

Convenio					
22 HARVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA		COLETIVO		
Carteira	Validade				
89181000035006010					

## DADOS DO ATENDIMENTO

Sétor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Atendimento
13/10/2015	17:55		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

## CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - KELLY NAANI COSTA PEREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO YSL

Assinatura



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/11/2015 10:07

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES	Atendimento:	32339982	Promotoria:	543531
Profissional(s):	LEONARDO DE ARAUJO BRITO CRM 12370	Nº:	02266266	13/10/2015 às 18:14	leito:
<b>ANAMNESE</b>					
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR EM MSA E EM FACE. AO EXAME: FGR,AAA,EUPNEICO,ORIENTADO, CGS15 ARDOME FLACIDO. INDOLOR SEM VNG. CD: AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA SOLICITO USG ABDOME ANALGESIA OBSERVACAO				
CID10	Y03 AGRESSAO P/MÉIO DE IMPACTO VEIC A MOTOR				
DATA/HORA DA ALTA					
Data Da Alta	13-OCT-15				

CONFÈRE DI PRONTUARO  
LEANDRO YSL  
ASCARIUM



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/11/2015 10:08

Paciente:	FRANCISCO DE ASSIS MAVA TORRES	Atendimento:	32339982	Prontuário:	543531
Profissional(is):	FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL CRM Nº: 0226B011	13/10/2015	às 20:31	leito:	
11435					
<b>ANAMNESE</b>					
Clínica Principal	POLITRAUMA				
CID10	Z000 EXAME MÉDICO GERAL				
DIAGNÓSTICO					
CID10	Z000 EXAME MEDICO GERAL				

5300 3473700 6 152135  
2015-11-05 10:08:55

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
LEANDRO 432  
Assistente



ANTONIO  
PAULINHO

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO**  
**- DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
02344618

2344618

14/10/2015 07:30:11

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
543551	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				
295-6614					

## DADOS DO CONVENIO

Convenio		
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	Obs Atendimento
14/10/2015	07:29		CONSULTA RETORNO
Médico Atendente	CLINICA DE TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

→ Aguardar revalorização  
e círculo vicioso e trauma

**CARMÉO / ASSINATURA MÉDICO**

R43TORA - ALEXANDRA COSTA PANDEIRA

## FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

14/10/2015 08:06

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES  
 Convênio: HAPVIDA

Prontuário: 543531  
 Atendimento: 32344618

Profissional: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA CRM-7841

Nº: 02267467 14/10/2015 às 08:33:30 Setor:

**RESUMO CLÍNICO**

**Queixa Principal**

atropelamento por carro - SIC- POU TRAUMA  
 DIAGNOSTICO

RX ATLS EM PRE

GIB10

AVALIAÇÃO PELO ESPECIALISTA D'OLIVEIRA  
 5707 TRAUMA SUPERF MULT DO QUADRIL E COXA

**CONDICÕES DE ADMISSÃO****Alta Após Medicção E Cuidados**

Alta após cuidados e/ou medicado

**EXAMES E PROCEDIMENTOS SOLICITADOS****PROTECOGENÉTICOS**

1. PROFENOX IV (100,0mg)	100 mg	1 FRAP Agora	CRM-9895
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	
2. DECADRON (4,0mg/ml)	10 mg	2,5 ML Agora	CRM-9895
Agua Destilada		17,5 ml	

Dr. Gabriel Franco  
Traumatologia  
CRM-9895

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL**

R3001\_MED

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES

**ATESTADO MÉDICO - DPVAT**

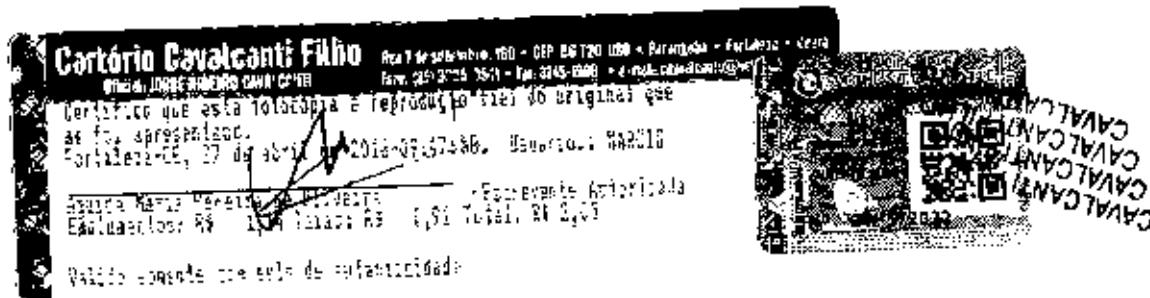
ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA REFERE ACIDENTE DE CARRO EM OUTUBRO DE 2015 REALIZANDO TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR PARA FRATURA GRAVE DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO ASSOCIADO A FRATURA DO ILÍACO DIREITO E FRATURA DO OSSO NASAL. APRESENTA-SE NO MOMENTO COM FRATURAS CONSOLIDADAS, COM SEQUELA DEFINITIVA DE LIMITAÇÃO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

CID: S42.2

FORTALEZA, 25/04/2016

Dr. Jose Alano Benevides de Lima  
CREMEC - 10801-7507 - 12852  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Ombro e Cotovelo

2A3 L



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 ÚMERO PROXIMAL DIREITO, ASSOCIADO A FRATURA DO ILÍACO DIREITO E FRATURA DO OSSO NASAL. APRESENTA-SE NO MOMENTO COM FRATURAS CONSOLIDADAS, COM SÉQUELA DEFINITIVA DE LIMITAÇÃO GRAVE (DEFICIT DE 60% DOS MOVIMENTOS DO OMBRO) DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

CJD: S42.2

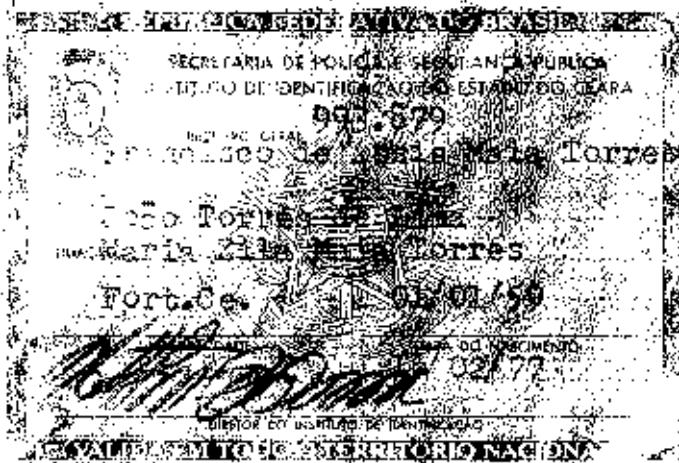
FORTALEZA, 16/06/2016.

Dr. Jose Alano Benevides de Lima  
CREMIEC - 10807 TEOT - 12852  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

DPVAT

BRASIL  
REGULADORA

SECURITY LOGGED 10 & 14/07/2016 18:04 - 00000163990



SCIMENTO	INSCRIÇÃO N° - RE
AI-01-54	<u>110-456-403</u>
CONTRABANDO	
<u>FRANCISCO DE ASSTIS MAIA TORRAS</u>	
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA FEDERAL	

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FISCAL  
COORDENAÇÃO BOSISTÉMICA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS

# 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 UMERO 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

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

## 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:**



Governo do Estado do Ceará  
Secretaria da Segurança Pública e Defesa  
Pública  
Perícia Forense do Estado do Ceará - Pefoce  
**COORDENADORIA DE MEDICINA**

**Cortório Cavalcanti Filho**

Livro do Juri - Lendas Caipiras

+ Grid  
grid

Registro No.: 601770 | Digitado em: 30/12/2023

Livro: 1971 Pág.: 028 Digitado por ROBINSON

Endereço para: 16º DISTRITO POLICIAL

## **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 - CRFMT/C 5656

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

**Francisco De Assis Maria Tunes**

ção de nº 862/2015 do(a) DELEGADO(A) ACIDENTE E/OU EFEITOS 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 tendo 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 REATORIO MEDICO ACIMA DESCrito  
2) CON FUTENTE  
3) NAO  
4) SIM  
5) NAO  
6) RESPOSTA APÓS ALTA DE INITIVA COM ATENDIMENTO CONCEITIVO DO MEDICO ASSISTENTE  
7) RESPOSTA APÓS ALTA DE INITIVA COM ATENDIMENTO CONCEITIVO DO MEDICO ASSISTENTE

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

WILKINSON SOUTHERN FERRO  
FERRIC CHLORIDE

**SELO DE AUTENTICO DE  
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PREFÍCIO FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ**

AA011648



Registro N.

633653 / 2016

Digitacao: 20/06/2016 (FRANCISCO.NETO)

Livro: 2031 Página: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 - N°: 5519

CRM  
**REGULADORA**

05 AGO. 2016

DPVAT

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

FRANCISCO DE ASSIS MARIA TORRES

a fim de ser atendida à 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 2. Exibiu atestado médico assinado pelo médico de CREMEX 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".

**RESPOSTAS 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?

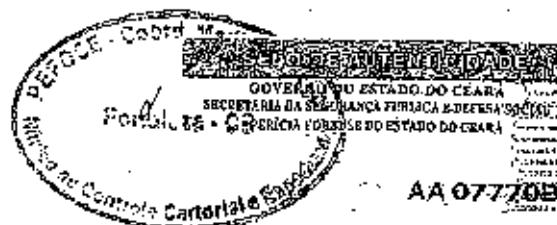
Sim, debilidade permanente em grau médio no ombro direito;

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 - N°: 5519



Confere com o original. DOU F

Assinado, 08/07/2016

Escrivão de Polícia Civil  
Mat.:

Luciana Hypolito Siqueira  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 15192812

20/06/2016 10:37

1 de 1

5/27/16

20160620145947 0000000013459 14/07/2016 18:04 - 0000000013459

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0878986/16  
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES  
CPF: 116.456.953-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2015  
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](http://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 Franckice de Assis Maia VenâncioDATA DO ACIDENTE 13.10.2015 CPF DA VÍTIMA 116.456.953-89PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É Franckice de Assis Maia Venâncio.ENDERECO DO PORTADOR Avenida C Bl. 145 apto. 202Nº — COMPLEMENTO — BAIRRO Cj. EsperançaCIDADE FORTALEZA UF CE CEP 60.763-460E-MAIL — TELEFONE (085) 87756-8041  
3296.6814

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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BALBOLETIM 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, TAIIS 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 DE 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 QUÍTADAS
- 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, TAIIS 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

- 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27.04.16IDENTIDADE 993879ASSINATURA Francisco de Assis Maia Venâncio

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27.04.16 MATR. CORREIOS 8179410NOME AGENCIAS AFONSO MENESES, AUGALHAESASSINATURA Francisco de Assis Maia Venâncio

## 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

 Rebotinhas  
Márcia Rebotinhas  
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza



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



## GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

BO Nº 301 - S200 / 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  
VIA LIVRE

Profissão: OPERADOR DA

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 CASTELEÃO,  
CASTELAO

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

604770

50315

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

04

&lt;

02/16



# Seguro DPVAT

Seguradora Líder

SEI  
A  
POSTA  
SEGURA

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

08 48986116  
C - 57 138

REMETENTE / Sender

Francisco de Assis Maia Torres

TELEFONE / Phone Number



Seguradora Leader - DPVAT

Queda



O-0200

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2016

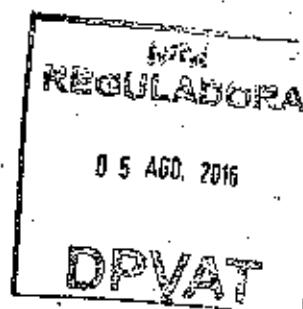
Carta n°: 9131766

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

08:01 21/07/2017 - 00000000000000000000000000000000



## Seguradora Líder • DPVAT

FRANCISCO DE ASSIS MAIA TORRES  
AVENIDA C, 145 AP 202  
CONJUNTO ESPERANÇA  
CEP 60763-460 - FORTALEZA - CE



JS208651891BR

Visite [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br)

Quer saber mais sobre o que é DPVAT? Visite [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br). Nossa central de atendimento está à sua disposição para esclarecer suas dúvidas. O que é DPVAT? É um seguro que garante o pagamento de indenização por danos materiais causados por acidentes de trânsito envolvendo veículos automotores circulantes no Brasil. O que é DPVAT? É um seguro que garante o pagamento de indenização por danos materiais causados por acidentes de trânsito envolvendo veículos automotores circulantes no Brasil. O que é DPVAT? É um seguro que garante o pagamento de indenização por danos materiais causados por acidentes de trânsito envolvendo veículos automotores circulantes no Brasil.

DPVAT como funciona?

Seguradora Líder • DPVAT





# 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 UMERO 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 UMERO 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

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

## 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:**