

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

Nº Sinistro: 3180564799

Vítima: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564799**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13675999



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000041308-0

Nr. da Autenticação C7EE98AB72C66FA9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564799 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WALDNER DE BRITO **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DO OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR JOSE GONÇALVES ROSA NETO, CRM-15488, DATADO EM 05/12/2018, PÁGINA 01.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

29664776300 Francisco Waldner de Brito Bezerra

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

Nome completo:

Francisco Waldner de Brito Bezerra

CPF:

29664776300

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Suíça

Número:

420

Complemento:

Ap 301 BDB

Bairro:

Marapenga

Cidade:

Fátima

Estado:

Rio de Janeiro

CEP:

60711035

Tel. (DDD):

25988701298

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

00041308

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **15/10/2018 09:36:14**Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 13:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO NEPOMUCENO, 78**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **AO DA SEFAZ****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**Nascimento: **02/01/1978** CPF: **796.647.763-00**RG: **95019000053**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **LUSIRENE DE BRITO BEZERRA****FRANCISCO WAGNER BEZERRA**Endereço: **RUA ANTONIO SIMOES, 597 AP 107**Bairro: **SERRINHA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.741-270**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99777-7148****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCC0788** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR823370** Renavam: **354006282** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **OIL0075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRG08F0CG343164** Renavam: **477524800** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CELTA 1.0L LS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO VALTERLI GONCALVES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCC-0788-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO NEPOMUCENO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIL-0075, QUE VINHA A SUA FRENTE NA VIA E COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA LOGO ATRÁS E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA, ESTE VEICULO CITADO MUDOU TAMBÉM PARA A MESMA FAIXA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO QUE VINHA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Marcos Waldemar de Brito Pires

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



Investprev Seguradora S/A.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **15/10/2018 09:36:14**Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 13:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO NEPOMUCENO, 78**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **AO DA SEFAZ****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**Nascimento: **02/01/1978** CPF: **796.647.763-00**RG: **95019000053**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **LUSIRENE DE BRITO BEZERRA****FRANCISCO WAGNER BEZERRA**Endereço: **RUA ANTONIO SIMOES, 597 AP 107**Bairro: **SERRINHA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.741-270**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99777-7148****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCC0788** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR823370** Renavam: **354006282** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **OIL0075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRG08F0CG343164** Renavam: **477524800** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CELTA 1.0L LS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO VALTERLI GONCALVES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCC-0788-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO NEPOMUCENO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIL-0075, QUE VINHA A SUA FRENTE NA VIA E COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA LOGO ATRÁS E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA, ESTE VEICULO CITADO MUDOU TAMBÉM PARA A MESMA FAIXA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO QUE VINHA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Marcos Waldemar de Brito Pires

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



Investprev Seguradora S/A.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

29664776300 Francisco Waldner de Brito Bezerra

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

Nome completo:

Francisco Waldner de Brito Bezerra

CPF:

29664776300

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Suíça

Número:

420

Complemento:

Ap 301 BDB

Bairro:

Marapenga

Cidade:

Fátima

Estado:

Rio de Janeiro

CEP:

60711035

Tel. (DDD):

25988701298

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

00041308

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Waldner de Brito Bezerra - C.P.F. 796.647.763-00**, no dia **20/06/2018**, às **14h17min**, na **Avenida Alberto Nepomuceno**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P375088/2018**.

Fortaleza, 04 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERA FERNANDA PIRES SILVA

RG nº 2001030062194 data de expedição 30/08/2004

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 001048573-23 com domicílio na cidade de ITAPIUNNA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FIRMINO ANTUNES, nº 514

complemento CENTRO declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco Waldner de Brito B cujo o condutor era

Francisco Waldner de Brito Bezerra.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS
Ano: 2013

Placa: 0CC0788
Chassi: 9C2JC4110BR823370

Data do Acidente: 30/06/2018

Local e Data: Fortaleza, CE de outubro de 2018

Cicera Fernanda Pires Silva
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
JEREISSATI

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3077

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

Maternidade de Antônio Bezerra

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM:

às

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

Investprev Seguradora S/A.

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

30 NOV 2018



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA	Nº DO PRONTUÁRIO 175130	Nº DO SE 223548
CADUS	NASCIMENTO 02/01/1978(40 ANOS)	SEXO M
NOME MAE LUSIRENE DE BRITO BEZERRA	NOME RESPONSÁVEL USB 91	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO SIMÕES 597 SERRINHA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO (85)99777-7148	CEP 60.741-270	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA SEGUNDO SAMU, COLISÃO MOTO E CARRO. APRESENTA DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICÊMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSIRENE SILVA FREIRE	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 20/06/2018 15:02:		

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Paciente relatou acidente de moto com L.A.C a direita ombro e joelho

DIAGNÓSTICO

SABER SOLICITAÇÃO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Inten p/ TIO Curioso		

TIPO DE ALTA/BAIXA

ALTA/BAIXA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL () TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SERVIÇO () TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESPECIALISTA

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por ROSIRENE SILVA FREIRE em 20/06/2018 às 15:02:38

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Francisco Waldner de Brito Bezerra

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Márcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

103
2-18
24




F-#1088118
SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA
Enl. Pcte R - Ant- Simões 997 Simões 9944-1118


PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-91	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0562
DATA: 20/06/18	TURNO: MT	EQUIPE: Fernanda + Francelys
NOME: Francisco Waldner de Brito Bezerra	IDADE: 40	SEXO: MASC.
ENDEREÇO: Alberto Nepomuceno 78	BAIRRO: Centro	
REFERÊNCIA: Zefaz		
QTY: 14.02	QUS: 14.17/14.30	QUY: 14.55
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão com moto	QUV:	

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

	<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____ _____ _____

PULSOS		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		AUSCULTA	
 Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ 	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ 	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ 			

C Grupos	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input checked="" type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
	LOCAL:					

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
D Neurológica	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDCE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
	TOTAL:	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	

	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
E Etapas		<p>OTW - Dr. Nathalia</p>	

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLC:	OXIM.:	TEMP.:
-----	-----	-----	------	--------	--------

Paciente vítima de epistaxio como consequente orientado a diminuir a pressão arterial que já tinha sido retirado apresenta hematoma no ombro direito dor + MIE na altura do joelho.

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2010



Projeto Saúde e Fé.

José Gonçalves Rosa Neto

Médico - CRM 15488

RECEITUÁRIO

NOME FRANUSCO WAGNER DA BAITO BEZERRA

ENDEREÇO: RUA ANTONIO SIMÕES, 597 AP 107
BAIRRO SERRINHA - CONFALTA - CE.

LAUDO MÉDICO

Paciente supracitado sofreu acidente de trânsito, colisão entre moto x carro, no dia 24/06/18, como consta no Boletim de ocorrência Insp. Polm e Boletim policial. No exame físico evidenciam cicatrizes na clavícula direita, paciente relata que foi submetido a um procedimento cirúrgico, para fixação dos ligamentos da clavícula, tem dor nos ossos do braço afetado; dores internas, dificuldade de realizar os movimentos, do ombro direito, gita em alta de 15 dias após a data, e comprometimento funcional dos movimentos do ombro direito em $\pm 50\%$.

Portadora 05 de dezembro de 2018


JOSE GONCALVES ROSA NETO
Diretor Clínico
CRM - 15488

Investprev Seguradora S/A

21 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867133815
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD. RENAVAM 00354006282 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 07039536000160 PLACA BEC0788/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2JC4110BR823370

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / Q/L 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A ***** ** **/ **/ ** 1* *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
***** ** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 10/10/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867133815 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/10/20

VIA 01 CPF / CNPJ 07039536000 PLACA BEC0788

RENAVAM 00354006282 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC4110BR823370

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 IOF ATIAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTA A SEGUIR PELA SEGURO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.348.508/0001-04

MOTOR: JC41E1BB23370 004



Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434133/18

Número do Sinistro: 3180564799

Vítima: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

CPF: 796.647.763-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO WALDNER DE
BRITO BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/12/2018
Nome: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA
CPF: 796.647.763-00

FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/12/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA