

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000060624-4

Nr. da Autenticação 46D171B9793786A0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190061832 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA COM ESMAGAMENTO E FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO E 3º E 4º QUIRODÁCTILOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA SEVERA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E HIPOTONIA E HIPOTROFIA MUSCULAR E REDUÇÃO (GRAU 2) DA FORÇA MUSCULAR NA MÃO RESULTANDO EM IMPORTANTE REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A LIMPEZAS CIRÚRGICAS, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS E CUIDADOS DA FERIDA. PERMANECIU IMOBILIZADA POR 5 MESES, EVOLUINDO COM CONTRATURA DAS ESTRUTURAS CAPSULOLIGAMENTARES E MIOTENDÍNEAS, FATO QUE CONTRIBUIU PARA SEQUELA GRAVE NA MÃO ESQUERDA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190061832

Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000060624-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190061832

Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190061832

Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190061832

Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

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

Nome completo: Luiz Alberto Schuamm Gomes CPF: 10308881320
Profissão: Taxista Endereço: R. Antenor Jr. Avenida Número: 135 Complemento: 4º 102
Bairro: Montese Cidade: Salaleza Estado: Ceará CEP: 00410210
E-mail: NIN Tel. (DDD): 487740338

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

REDA 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)

AGÊNCIA: 1032 CONTA: 73848 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 nasoturo (vai 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.

Local e Data: Salaleza - CE 23/03/19
Nome: Luiz Alberto Schuamm Gomes
CPF: 10308881320

(*) Assinatura de quem assina A RGO.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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

**BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 3240 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 09:57:11**
Data / Hora da Ocorrência: **08/04/2018 05:10:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOAO CARLOS**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A UM CONVENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES**
Nascimento: **24/08/1953** CPF: **103.088.813-20**
CNH: **01064015113** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ELITA SCHRAMM GOMES**
FRANCISCO RESONICO GOMES
Endereço: **RUA ARTUR FERREIRA , 135 AP 102**
Bairro: **MONTESE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.410-210**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98734-8434**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF2867** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BD197134E3176858 Renavam: **994472161** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEI Marca / Modelo: **FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL Cor: **BRANCA** Proprietário: **ALECI**
DOS SANTOS LIMA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, DIRIGIA O VEICULO DE PLACA OSF-2867-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM O VEICULO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, O VEICULO CAPOTOU COM VITIMA DENTRO E A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL E DEPOIS VOLTOU PARA O LOCAL DO ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA . E NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3240 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



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:

10308881320

Luiz Alberto Schramm Gomes

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

Nome completo:

Luiz Alberto Schramm Gomes

CPF:

10308881320

Profissão:

Artesão

Endereço:

R. Antenor Ferreira

Número:

135

Complemento:

Ap 102

Bairro:

Montese

Cidade:

Sabaloza

Estado:

Paraná

CEP:

00410210

E-mail:

NIN

Tel. (DDD):

4187740338

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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:

0032

CONTA:

73848

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 do 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 nasoturo (vai 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.

Local e Data:

Sabaloza - PR 23/03/17

Nome: Luiz Alberto Schramm Gomes

CPF: 10308881320

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura da quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Alberto Schramm Gomes**, no dia **08/04/2018**, às **05h45min**, na **Rua Governador João Carlos**, no **Bairro Serrinha**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P148595/2018**.

Fortaleza, 18 de abril de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LUIS ALBERTO SCHRAMM GOMES		Nº DO PRONTUÁRIO 5103774		Nº DO BE 269563	
NOME DA MÃE ELITA SCHRAMM GOMES		NASCIMENTO 24/08/1953(64 ANOS)		SEXO M	
ENDEREÇO RUA ARTUR FERREIRA 135 MONTESE		CIDADE FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98500-0045		DEP 60.410-210			

LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTE / DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VITIMA DE CAPOTAMENTO REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA.		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			

SINAIS VITAIS TAX CO NI%		PULSO NI		SISTOLICA NI	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALERGIAS NEGA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 08/04/2018 12:38:25	

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

DIAGNÓSTICO
Prto ulna de acidente de trânsito. ao
revisão do uer exposto e exposto no
repto do dor no 3º / 4º / 5º / 6º / 7º / 8º / 9º / 10º / 11º / 12º / 13º / 14º / 15º / 16º / 17º / 18º / 19º / 20º / 21º / 22º / 23º / 24º / 25º / 26º / 27º / 28º / 29º / 30º / 31º / 32º / 33º / 34º / 35º / 36º / 37º / 38º / 39º / 40º / 41º / 42º / 43º / 44º / 45º / 46º / 47º / 48º / 49º / 50º / 51º / 52º / 53º / 54º / 55º / 56º / 57º / 58º / 59º / 60º / 61º / 62º / 63º / 64º / 65º / 66º / 67º / 68º / 69º / 70º / 71º / 72º / 73º / 74º / 75º / 76º / 77º / 78º / 79º / 80º / 81º / 82º / 83º / 84º / 85º / 86º / 87º / 88º / 89º / 90º / 91º / 92º / 93º / 94º / 95º / 96º / 97º / 98º / 99º / 100º
Fratura múltipla do ulna

MEDICAMENTO		APRZAMENTO	
Fratura exposta		do ulna	
ulna para		do ulna	
superior		do ulna	
e inferior		do ulna	

TIPO DE ALTA SAÍDA
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

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.

CONFERE COM ORIGINAL
06/04/18
refere

LUIS ALBERTO SCHRAMM GOMES

227

04.285.197/0012-45
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. José de Alencar Gomes, 1578
Manguinhos - CEP 61.224-210

Fortaleza

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruna Kelly Queiroz Montenegro inscrito (a) no CPF sob o Nº 062775953,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Alberto Schramm Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 103088813,20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Luiz Alberto Schramm Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 103088813,20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Bar do Rio Branco</u>		Número <u>1782</u>	Complemento <u>Altos</u>
Bairro <u>José Beneditino</u>	Cidade <u>Montaleza</u>	Estado <u>Mará</u>	CEP
Email <u>V/V</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>9.87740318</u>

Monte 04 de 09 de 2018
Local e Data

Bruna Kelly Queiroz Montenegro
Assinatura do Declarante

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LUIS ALBERTO SCHRAMM GOMES		Nº DO PRONTUÁRIO 5103774		Nº DO BE 269563	
NOME DA MÃE ELITA SCHRAMM GOMES		NASCIMENTO 24/08/1953(64 ANOS)		RACIA DO PACIENTE PARDO	
ENDEREÇO RUA ARTUR FERREIRA 135 MONTESE		CIDADE FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98500-0045		DEP 60.410-210			

LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTE / DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO	
VITIMA DE CAPOTAMENTO REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA.		AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			

SINAIS VITAIS		PULSO		SISTOLICA	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		NI	
TEMPERATURA NI °C		PULSO NI		SISTOLICA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 08/04/2018 12:38:25	

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

DIAGNÓSTICO

Prto ulna de acidente de trânsito. ao
revisão do uer e exame de
repto do dno no 3º / 4º int. femoral
e no 4º femoral
plata e x n 2 q t n tx posicao dade
Fratura múltipla do uer
do uer

DIAGNÓSTICO
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRZAMENTO	
		Fratura exposta ulnária para superior e inferior.		do uer do foleto pangot após as 12:42	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por: FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS em 08/04/2018 12:38:25

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.

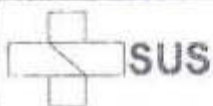
CONFERE COM ORIGINAL
06/04/18
refere

LUIS ALBERTO SCHRAMM GOMES

227

04.285.197/0012-45
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. José de Sá Carneiro Coutinho, 1578
Manguaba - CEP 61.264-210

Fortaleza



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - CNES DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Luiz Alberto Schramm Gomes	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705203414724670	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - NOME DO RESPONSÁVEL ELTA SCHRAMM GOMES	10 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino
11 - ENDEREÇO R. Antônio Feneche 135 - Miraflores	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA	14 - CÓD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ata a história de acidente de trânsito de 4 horas de duração (mol do fêmur direito) de 12:40 - eu diria, deficiente no 3º e 4º quadrantes e laceração do 4º membro.		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de procedimentos		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ausente ftx físico + Rx		
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO Fratura do fêmur direito		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Suprimento cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE SANDRA MARIA F. F. F. 02/04/2018	31 - DATA DO EXAME	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE				
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNIE EMPRESA	41 - CIDR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - EMPREGADO	44 - EMPREGADOR	45 - AUTÔNOMO	46 - DESEMPREGADO	47 - APOSENTADO	48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	50 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR	51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZANDO 04.895.197/0012-05
52 - DATA DO DOCUMENTO	53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZANDO HOSPITAL DISTRITAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA	

R. João da Torre Coelho, 1578
Mossoró - CEP 55.204-210

GRAT. HDEBO-SAME-AIN-005



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DOUTOR CARLOS PARRON DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES			
DATA OPERAÇÃO 08/04/18		ENFERMARIA	LEITO
Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM - CE 4299		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA MARCELO CHAGAS ZETÃO CRM - CE 4299		TIPO DE ANESTESIA Blanco e xifos E	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta 4º metacarpo 2º			
TIPO DE OPERAÇÃO Limpeza cirúrgica			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO Fratura exposta grau IIIA 4º metacarpo			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Sim			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Presença em dermátida dorsal de sutura
- 2) Sutura de sutura e coberturas com peso de sutura
- 3) Sutura exposta de fenda com dermátida
- 4) Desbridamento + sutura
- 5) Curativo e TSB fendas

Dr. Miguel Ricardo B. Moraes
Traumatologista
CRM - CE 4299

CONFERE COM ORIGINAL
26/04/18
Dr. Moraes

04.885.197/0012-45

HOSPITAL DOUTOR CARLOS PARRON DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP 60.064-610

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Luiz Paulo

FRONTIÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 39
INÍCIO DE TRATAMENTO 08/04/18	DATA DA ALTA 10/04/18	DATA DO RETORNO 16/06/18	MÉDICO(A) PARA RETORNO Dr. Miguel

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

7306

Dr. Paulo

Operado

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL Enterocol
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS X

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÉUTICA APÓS ALTA

ANH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

10.04.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

João Albert Schunm Paes

3^o feir -

8:00

I J F - Centro

Traumatologia

Faz Bt

Vasconcelos



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Freita

RECEITUÁRIO

Paciente:

Luiz Silvio Schramm Junior

BE / Prontuário:

Fizioterapia 2x1

1/2 horas E

Just. Lesão do preteto do
4º metacarpo E. Falange
Proximal dos 3-4. quinas articulares E.
(Consolidados)

Data:

22/05/18

Dr. Francisco

Ortopedia/Traumatologia

CRM-MA-3008

Ass. / Carimbo do Médico

3x6



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

LUIS ALBERTO
SCHRAMM M.

Soluções:

Fusões ligam. — do osso
Maternal

HD = Enunciado
não visto

MAIO 2012 - Gráfica HDEBO-Enferm. - Receituário-003

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
CREMEOP 12218 / TEOT 13602

06.05.18

Assinatura do Profissional

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - Fone - 3305.15.60



ATESTADO MÉDICO

TIM DE EMERGÊNCIA Nº 275354

Nome para fins legais que LUIS ALBERTO
QUILHANN GOMES

Atendido neste hospital no dia 1 de 1 às 14h
Necessita de 1 dias de afastamento de suas atividades profissionais,
partir desta data por motivo de doença ou agravar a sua saúde.

Necessita de 1 dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de 1 de 1 a 1 de 1.

Paciente foi atendido neste hospital às 14h, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

29

06.05.18

Dr. João Mamede
CRM 12218 / TECT 13602



Relatório Médico

R

Relatório para os devidos fins, pronto para O.P.M.T., que
 Luiz Alberto Schramm Junior, 65a, refere que
 sofreu acidente de trânsito, em 08.04.2018, e teve
 trauma contuso no mto E, associado, com fraturas
 múltiplas: 4: metacarpo E, falange proximal do 3: e 4:
 qq ee; trauma contuso no ombro E e subluxação
 da articulação glenohumeral E; subluxação
 da H. conservada com aparatos fixados por 3 meses,
 e fisioterapia; recebeu alta definitiva em 29.10.18,
 com as seguintes sequelas: - fraturas consolidadas
 do antebraço E, e de fratura de punho com artrose
 da mto E; deformidade e desalinhamento no 3: 4: e 5: qq ee,
 e angulo no 3: após artroscopia do 3: 4: qq ee; com
 bloqueio de flexão dos 4: 5: qq ee (2: e 3:) e comprometimento
 funcional de punho do mto E; bloqueio da elevação do
 mto e da abd. do mto E; bloqueio de rotação do ombro E;
 com comprometimento funcional do ombro 80% do mto E
 Fortaleza em 60%, do mto E 80%, dos 2: 3: 4: e 5: qq ee,
 140119 Cada um, em 80%.

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CPF 049448603-15

087/24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS VIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAPITANIA DA ZONA DE INTERIORES

CE

NOME
LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC.
9995007000563 SEP CE

CNPJ
103.088.813-20 DATA NASCIMENTO
24/08/1953

RENÇÃO
FRANCISCO RESONICO
GOMES
ELITA SCHRAMM GOMES

PERMISSÃO
NOC CAT. III
B

Nº PROTOCOLO
01064015113 VALIDEZ
13/06/2023 1ª EMISSÃO
10/10/1979

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1643065133

PROIBIDO PLASTIFICAR
1643065133

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
20/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
55238960507
CE165497173

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014058261680

17886606765

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

014058261680

01

994472161

0000000000

ALECI DOS SANTOS LIMA

RUA SABIA, 00440

- JOAO XXIII

60520515 - FORTALEZA/CE

60665764375

09F2867

MARIA NEIDE DOS SANTOS ALEXANDRE

PLACA ANT./UF

CHASSI

*****/CE 9BD197134E3176858

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/AUTOMOVEI/NAO APLIC

GAS/ALC/CN

MARCA/MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4

2014 2014

CAR/POT/CE

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

5P/88CV/1400CC

PARTIC

BRANCA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 327A0111906712

CIL: 4108833 4108452 ; *****

SELO
GÁS NATURAL
VEICULAR Nº

11.754.879



Segurança
Compulsório



16

17

18

19

20

A
N
O

VALIDADE

M
E
S

01

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

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: 3190063832 CPF da vítima: 103 088 813 20 Nome completo da vítima: Luiz Alberto Schramm Gomes

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

Nome completo: Luiz Alberto Schramm Gomes CPF: 103 088 813 20
Profissão: Motorista Endereço: R. Arthur Severina Número: 133 Complemento: Ap 302
Bairro: Montese Cidade: Santa Helena Estado: Paraná CEP: 60410-210
E-mail: N/A Tel (DDD): 91 37740318

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 60624 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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, e stando ciente, ardo, 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
do titular da
vítima ou
beneficiário
do acidente

Local e Data: Santa Helena - 26/10/19
Nome: Luiz Alberto Schramm Gomes
CPF: 103 088 813 20

(*) Assinatura de quem assina A-ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190061832 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA COM ESMAGAMENTO E FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO E 3º E 4º QUIRODÁCTILOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA SEVERA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E HIPOTONIA E HIPOTROFIA MUSCULAR E REDUÇÃO (GRAU 2) DA FORÇA MUSCULAR NA MÃO RESULTANDO EM IMPORTANTE REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A LIMPEZAS CIRÚRGICAS, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS E CUIDADOS DA FERIDA. PERMANECU IMOBILIZADA POR 5 MESES, EVOLUINDO COM CONTRATURA DAS ESTRUTURAS CAPSULOLIGAMENTARES E MIOTENDÍNEAS, FATO QUE CONTRIBUIU PARA SEQUELA GRAVE NA MÃO ESQUERDA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luiz Alberto Schramm Gomes, Brasileiro (a)
Estado Civil casado, Profissão Taxista Inscrito com o Nº de RG:
8905007000563 e CPF: 10308881320 Residente e
domiciliado(a) à rua R. Artur Ferreira
Nº: 135 Bairro: Montese Cidade: Jatuleza
Estado: ceara CEP: 60410210 Fone: 987740318

OUTORGADO: Bruna Kelly Oliveira Monteiro
Inscrito com o Nº de RG: 2006015172597
e CPF: 06277595300 Residente e domiciliado na: R. Bar
do Rio Branco Nº: 1782 Bairro: Jose Bonifacio
Cidade: Jatuleza Estado: ceara

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Luiz Alberto Schramm Gomes, ocorrido em 08/04/18.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CARTÓRIO
PATACAS

Jatuleza, (ce), 04 de 09 de 2018

OUTORGANTE



Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Distrito de Patacas 03 SET. 2018 Aquiraz/CE

Em testemunho  da verdade

Fco. Guto Cardoso F. R. de Carvalho
Tabelião/Registrador

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028315/19

Vítima: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

CPF: 103.088.813-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO : 062.775.953-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES : 103.088.813-20

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.

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: 24/01/2019
Nome: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO
CPF: 062.775.953-00

BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190061832**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Artur Ferreira, 135, 102 - Montese - Fortaleza - CE - CEP 60410-210

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**CNH /CE**] **01064015113**

Data e local do acidente: [**08/04/2018**] **FORTALEZA**

Data e local do exame: [**06/02/2019**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA NA MÃO ESQUERDA COM ESMAGAMENTO E FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO E 3º E 4º QUIRODÁCTILOS.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA SEVERA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E HIPOTONIA E HIPOTROFIA MUSCULAR E REDUÇÃO (GRAU 2) DA FORÇA MUSCULAR NA MÃO RESULTANDO EM IMPORTANTE REDUÇÃO DA PREENSÃO MANUAL.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA SUBMETIDA A LIMPEZAS CIRÚRGICAS, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS E CUIDADOS DA FERIDA. PERMANECIU IMOBILIZADA POR 5 MESES, EVOLUINDO COM CONTRATURA DAS ESTRUTURAS CAPSULOLIGAMENTARES E MIOTENDÍNEAS, FATO QUE CONTRIBUIU PARA SEQUELA GRAVE NA MÃO ESQUERDA. RECEBEU ALTA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da mão esquerda

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CRM: 6818 - CE

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE