

# 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

# 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 REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

---

**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](http://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: INTERRUPÇÃO 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

---

**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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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 Ferreira Número: 135 Complemento: Ap 102  
Bairro: Montese Cidade: Natal Estado: RN 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).

## DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 0032 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 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  
companheiro(a)  
não alfabetizado

Local e Data: Natal RN 23/03/19  
Nome: Luiz Alberto Schuamm Gomes  
CPF: 10308881320

(\*) Assinatura de quem assina A.R.O.G.O.

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**País: **BRASIL**CEP: **60.410-210**Telefone: **(85) 98734-8434****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OSF2867** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9BD197134E3176858** Renavam: **994472161** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4** AnoFabricação: **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: 10308881320 Nome completo da vítima: Luiz Alberto Schuamm Gomes

## 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 Ferreira Número: 135 Complemento: Ap 102  
Bairro: Montese Cidade: Satoliza Estado: Pará 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).

### 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)

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 filho(a) nascido(a)? ☐ 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: Satoliza - PA 23/03/17  
Nome: Luiz Alberto Schuamm Gomes  
CPF: 10308881320

(\*) 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.




## 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**

<b>DADOS PESSOAIS</b> NOME DO PACIENTE <b>LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES</b> ADGUS		N° DO PRONTUÁRIO <b>5103774</b>	N° DO BE <b>269563</b>
NOME MÃE <b>ELITA SCHRAMM GOMES</b> ENDEREÇO <b>RUA ARTUR FERREIRA 135 MONTESE</b> CONTATO: <b>(85) 98500-0045</b>		NASCIMENTO <b>24/08/1953(64 ANOS)</b>	SEXO <b>M</b>
NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>		RACIA/COR <b>PARDOS</b>	
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>		UF <b>CE</b>	
CEP <b>60.410-210</b>		OCORRÊNCIA	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO <b>VITIMA DE CAPOTAMENTO REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA.</b>		MOTIVO <b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA</b>	
SINAIS VITAIS PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b> ALERGIAS <b>NEGA</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>	
PESO <b>NI KG</b> TEMPERATURA <b>NI °C</b> CLASSIFICAÇÃO <b>AMARELO</b>		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>08/04/2018 12:38:25</b>	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS</b>			
ÁREA DE ATENDIMENTO <b>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA</b>			
ATENDIMENTO MÉDICO <p><i>Prto ulnaro de acidente de trânsito. ao levar o mto de um acidente e expor o mto reputo do dno no 3º/4º int. f. m. p. e e no 4º f. m. p. e como regularidade plata e x n. d. p. d. n. t. x. p. s. i. c. a. d. d. e Folha m. l. p. s. do m. l. p. s.</i></p>			
DIAGNÓSTICO SAGIT SOLICITADO <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X		OUTROS <input type="checkbox"/>	
MÉDICAMENTO <b>Fratura do punho ulnaris para superior e inferior.</b>		OBSERVAÇÕES <b>do dupl. unid. do folio pangot após as 12:42</b>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		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**  
**26/04/18**  
*refu*

*Luiz Alberto Schramm Gomes*  
**LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES**

227

**04.885.197/0012-45**  
**HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA**

Av. José de Alencar, 1578  
 Fortaleza - CE 60.264-010

Fortaleza

Fortaleza





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 555243708

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**DEZ/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7986284

DV 5

VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

142,61

Rota 17 01130 21 0217400

Medidor

Poste

Nome AMANDA ELITA PEREIRA SCHRAMM

5239862

0151 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU ARTUR FERREIRA 00135 AP 102 MONTESE FORTALEZA

Consumidora

60410210

RG / CPF / CNPJ

063.426.723-00

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual

Leitura Anterior

Constante

Consumo (kWh)

Consumo Incl.

Consumo Faturado

FP

44390

44247

1

143

0

143

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

24/12/2018

24/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

45EB.A0D1.A489.AC58.D0EC.015C.443D.A70D

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

60,34

Aliquota

27%

Valor do Imposto

25,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,40

JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO

0,61

MULTA MORATORIA

1,31

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

1,96

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL CONT IL.PUB CAPITAL

7,13

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

9,25

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

9,50

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

52,11

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

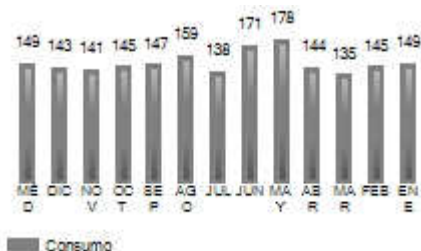
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,49

Conjunto PARANGABA

Mês: OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

7986284-5

Nº da Nota Fiscal: 555243708

Total a Pagar (R\$): 142,61

Data de Emissão:

23/01/2019

Referência: DEZ/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557306759

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**JAN/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**8264964** DV **2**

VENCIMENTO  
**17/01/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**103,78**

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 07 01110 16 037020

Medidor

Poste

Nome FRANCISCO GUTO CARDOSO FEITOSA PESSOA

0000 A09N

Endereço Postal

End. da Unidade  
Consumidora

RU BAR DO RIO BRANCO 01782 ALTOS JOSE BONIFACIO  
FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ

011.901.773-31

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP

5215

5095

1

120

0

120

Quantidade \* Tarifa = Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

10/01/2019

11/02/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

314E.663D.0E1A.F894.1CC9.6203.1258.0E9D

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
87,00	27%	23,48

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,91

JUROS DO MES

2,73

MULTA MORATORIA

3,64

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

9,50

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

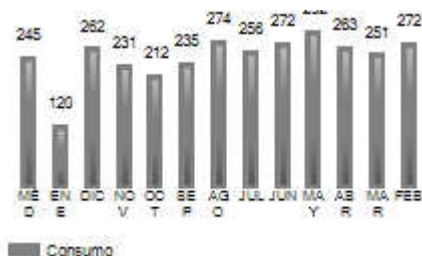
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 55,29

Conjunto

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8264964-2

N° da Nota Fiscal: 557306759

Total a Pagar (R\$): 103,78

Data de Emissão:

23/01/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle: 0008264964 00021 4322 2 79

83800000001-7 03780031000-3 00082649640-7 00214322256-9



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Brena Kelly Queiroz Montenegro inscrito (a) no CPF sob o Nº 062775953/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hug Alberto Schramm Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 103088813/20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Hug 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 Benício</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP
Email <u>N/N</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>9.87740318</u>

Fort e, 04 de 09 de 2018  
Local e Data:

Brena Kelly Queiroz Montenegro  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aleci dos Santos Lima,  
RG nº 2004007186235 data de expedição 30/08/16,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 60665764375, com  
domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de  
Ceará, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Sabau, nº 440,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Luiz Alberto Schramm Gomes cujo o condutor era  
Luiz Alberto Schramm Gomes  
Veículo: Automovel  
Modelo: Fiat / Siena  
Ano: 2014  
Placa: 05F 2867  
Chassi: 9B10197134E3176858  
Data do Acidente: 08.04.18  
Local e Data: Fortaleza ce

CARTÓRIO  
PATACAS

+ Aleci dos Santos Lima  
Assinatura do Declarante (Reconhecido firma em cartório por autenticidade)

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



Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
ALECI DOS SANTOS LIMA

Distrito de Patacas 03 SET 2018 Aquiraz/CE  
Em testemunho [assinatura] da verdade

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

CARTÓRIO PATACAS  
Av. José de Alencar de Figueiredo, 51/100  
Pátio de Fátima - Aquiraz  
(85) 3113-1331



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO	Nº DO BE
OME DO PACIENTE <b>LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES</b>		<b>5103774</b>	<b>269563</b>
NASCIMENTO <b>24/08/1953(64 ANOS)</b>		SEXO <b>M</b>	RACAOCCOR <b>PARDO</b>
OME MÃE <b>ELITA SCHRAMM GOMES</b>		NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>	
ENDEREÇO <b>RUA ARTUR FERREIRA 135 MONTESE</b>		MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	
CONTATO <b>(85) 98500-0045</b>		UF <b>CE</b>	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		DEP <b>60.410-210</b>	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO <b>AVILIAÇÃO TRAUMATOLOGICA</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>	
SINAIS VITAIS		PULSO	
SAT O2 <b>NI%</b>		<b>NI</b>	
PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>		GLICOSENA <b>NI</b>	
ALERGIAS <b>NEGA</b>			
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS</b>		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>08/04/2018 12:38:25</b>	
ÁREA DE ATENDIMENTO <b>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA</b>			
<p>Prto uluio de acidente de trânsito. de hemorragia do uero superior e expsicao no tepuio do dorso no 3º/4º intercostal e no 4º fêmure como regularidade glucose x n d apt d n tx posicao dade Fratura múltipla do uero do uero fratura do cubito ulnar do fêmure parafix após os 12:42</p>			
DIAGNOSTICO			
SAGIT SOLICITADO <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS			
MÉDICAMENTO		OBSERVAÇÕES	
Fratura Aporador ulnars para superior e inferior.			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> 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  
26/04/18  
-refu-

*Luiz Alberto Schramm Gomes*  
LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

227

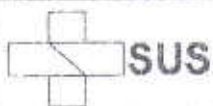
04.885.197/0012-45  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. José de Sá Tomaz Coelho, 1578  
Maceió - CEP 52.304-010

Fortaleza

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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <b>Luiz Alberto Schramm Gomes</b>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>705203414724670</b>	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ELITA SCHRAMM GOMES</b>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>R. Antônio Feneche 135 - Miraflores</b>	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>FORTALEZA</b>	14 - CÓD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Ata a história de acidente de trânsito de 15 dias atrás, com lesão de cabeça, tórax e abdômen. Paciente chegou ao hospital em 12:40 - em choque, desmaiado no 3º e 4º andar e lesões de 4º membro superior.</b>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Necessidade de acompanhamento</b>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Ausente ftx físico + Rx</b>		
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <b>Fratura do braço direito</b>		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Suprimento cirúrgico</b>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE <b>Dr. André Luiz de Faria</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>02/04/2018</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - SÉRIE
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ DA EMPRESA	39 - CNES EMPRESA
40 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	41 - CIDR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - CNES EMPRESA	44 - CIDR
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO
<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	46 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR	47 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <b>04.235.197/0012-45</b>	
50 - DATA DO DOCUMENTO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>DR. EDILSON BARROS DE OLIVEIRA</b>	

Av. José de Távora Coelho, 1578  
Mossoró - CEP 59.034-210

GRAT. HDEBO-SAME-AIN-000

Fortaleza





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI  
HOSPITAL DISTRIITAL EDMILSON BARNOS DE OLIVEIRA



Pedraza  
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 4298			1º AUXILIAR		
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA			TIPO DE ANESTESIA		
MARCELO CHAGAS ZETÃO CRM - CE 4640			Bloqueio axilar E		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
Fratura exposta 4º metacarpo 2º					
TIPO DE OPERAÇÃO					
Luzer Amigues					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					
Fratura exposta grau III 4º metacarpo					
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLOGICO NO ATO					
Sim					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Resente em descolamento da pele e subcutâneo
- 2) Subcutâneo, pele e cobaias com peso ope-  
retene
- 3) Sistema expostivo de fenda com desfundo  
foco e poliduro
- 4) Desbndimento + suture
- 5) Curativo e T sb fendas

Dr. Miguel Ricardo B. Moraes  
Traumatologista  
CRM - CE 4298

CONFERE COM ORIGINAL  
26/07/18  
[Assinatura]

04.885.197/0012-45

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARNOS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578  
Mangueira - CEP 60.864-610

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003



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



Prefeitura de  
**Fortaleza**

## RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Leir Alencar

FRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 39
INÍCIO DO 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. Paul

Opus

### DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Entre uesl
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	Xe

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

### TERAPÊUTICA 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

Im. Albert Schumann Jcs

3<sup>a</sup> feira -

8:00

I J F - Centro

Traumatologia

Faz. Bt

 Vasconcelos



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

## RECEITUÁRIO

Paciente:

Luiz Alberto Schramm Junior

BE / Prontuário:

Fizioterapia 2x

1/2 hora

freq. 3 vezes de 10 minutos de  
4º metacarpo e falanges  
proximais dos 3.º e 4.º dedos  
(Cotovelos)

Data:

22/05/18

Dr. Francisco

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC-3008

Ass. / Carimbo do Médico

306



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



## RECEITUÁRIO

NOME DO  
PACIENTE:

LUIS ALBERTO  
SCHRAMM M.

Soluções:

Fusão ligamentar — do osso  
maternal

HD = Enxerto  
na VSD

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

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

Dr. João Mamede  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEO 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  
QUILHUM GOMES

Entrando neste hospital no dia 1 de 1 às 14  
QUILHUM (40) dias de afastamento de suas atividades profissionais,  
Necessita de 1 dias de afastamento de suas atividades profissionais,  
partir desta data por motivo de doença ou agravo à 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 14 hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade Ortopedia e Traumatologia

Paciente concorda com a posição do diagnóstico:

Assinatura

06.05.18

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





Medicina Interna

 $\mathcal{R}$ 

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT, que  
 Luiz Alberto Schramm Gomes, 65a, vítima que  
 sofreu acidente de trânsito, em 08.04.2018, e teve  
 trauma contuso na mão E, esmagamento, com fraturas  
 múltiplas: 4: metacarpo E, falange proximal do 3: e 4º  
 qq ee; trauma perfurante no ombro E e subluxação  
 da articulação glenohumeral E; subluxação  
 da H. punho com aponeurose flexora, por 3 dias,  
 e fisioterapia; recebeu alta definitiva em 29.10.18,  
 com as seguintes sequelas: - esp. hipertrofia muscular  
 do antebraço E, e esp. de esp. muscular deprimidos  
 da mão E; deformidade e desalinhamento do 3: 4: e 5: qq ee,  
 e angulo na 3: de 20°; intumescimento do 3: 4: e 5: qq ee; com  
 dor de flexão dos 4: qq ee (2: ao 5) e comprometimento  
 funcional de punho da mão E; - bloqueio da elevação do  
 MSE e da abd. do MSE; bloqueio de rot. do ombro E;  
 Com comprometimento funcional do ombro 80% da MSE  
 e da abd. do MSE; 60% da abd. do MSE; 80% da MSE, dos 2: 3: 4: e 5: qq ee,  
 e da abd. do MSE, em 80%.

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CPF 049448603-15

**CONSULTÓRIO:**  
Rua Tibúrcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará  
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552  
CEP: 60125-100

E-mail: [adroaldoaragao@hotmail.com](mailto:adroaldoaragao@hotmail.com)  
Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350  
Y. Adroaldo S. Aragão  
Médico - CRM 01600-CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO		CAPITAL NACIONAL DE HABITACAO			
NOME							CE		
LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES									
DOC IDENTIDADE / DOCUMENTO Nº							CE		
8905007000563 - SSP									
CPF							DATA NASCIMENTO		
103.088.813-20							24/08/1953		
FILIAÇÃO									
FRANCISCO RESONICO GOMES									
ELITA SCHRAMM GOMES									
PERMISSÃO							ACC	CAT/MR	
								B	
Nº REGISTRO							VALIDADE	1ª HABITAÇÃO	
01064015113							13/06/2023	10/10/1979	
OBSERVAÇÕES									
A : EAR :									
									
ASSINATURA DO PORTADOR									
LOCAL									DATA EMISSÃO
PORTALEZA, CE									20/06/2018
									65228960507
ASSINATURA DO EMISSOR									CE165497173
CEARÁ									

2 VTA  
 062.775.953-00  
 LIVRO: A-36 MARACANAÚ - CE  
 CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 42.284 FOLHA: 200  
 MARACANAÚ - CE  
 25/07/1994  
 CRISTIANE LAURENTINA DE QUEIROZ  
 JOSÉ NILSON DE SOUZA MONTEIRO  
 BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO  
 2006015172597  
 27/01/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE  
 CANTERA DE IDENTIDADE  
 Brena Kelly Queiroz Monteiro  
 Polegar Direito  





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014058261680

17886606765

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

014058261680

VIA

01

994473161

0000000000

ALECI DOS SANTOS LIMA

RUA SABIA, 00440

- JOAO XXIII

60520515 - FORTALEZA/CE

60663764375

09F2867

MARIA NEIDE DOS SANTOS ALEXANDRE

PLACA ANT./UF

CHASSI

\*\*\*\*\*/CE

9BD197134E3176858

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/AUTOMOVEL/NAO APLIC.

GAS/ALC/GN

MARCA/MODELO

ANO FAB. - ANO MOD.

FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4

2014 2014

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

5P/88CV/1400CC

PARTIC

BRANCA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 327A0111906712

CIL: 4108833; 4108452; \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

FORTALEZA

LOCAL  
Igor Pente



DATA  
20/07/2018

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: Rui Alberto Schramm Gomes

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

Nome completo: Rui Alberto Schramm Gomes CPF: 103 088 813 20  
Profissão: taxista Endereço: R. Arthur Moreira Número: 133 Complemento: AP 302  
Bairro: Montese Cidade: Santa Helena Estado: Pernambuco CEP: 60410-210  
E-mail: N/A Tel. (DDD): 987740318

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: 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, 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: Santa Helena 26/03/19  
Nome: Rui 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. 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



# 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 REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ (9) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## 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. Arthur Ferreira  
Nº: 135 Bairro: Montese Cidade: Jatuleza  
Estado: ceara CEP: 60410210 Fone: 987740318

**OUTORGADO:** Bruna Kelly Queiroz 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 20 18

  
OUTORGANTE



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

LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

Distrito de Patacas 03 SET. 2018 Aquiraz/CE

Em testemunho [Signature] 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](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.

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



## 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

**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 ( ☒ ) 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  
CREMEC 6310 CPF 120.679.60-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE