

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11611500

A/C: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170479693 ASL-0339579/17
Vítima: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO
Data Acidente: 20/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIRENE MORORO MARTINS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11636112

A/C: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

Sinistro: 3170479693 ASL-0339579/17
Vitima: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO
Data Acidente: 20/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIRENE MORORO MARTINS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

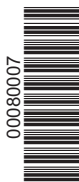
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO: _____

CAMPO PREENCHIL

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

PORTADOR(A) DO RG Nº 29441337

EXPEDIDO POR SSP- SP

EM 04/02/2015

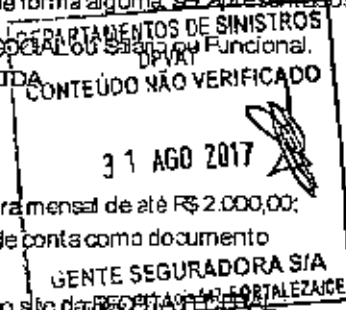
CPF 966157153-68 / CNP: _____, PROFISSÃO Desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL PRATA CASTELO BRANCO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta FOLGANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1423 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21158-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

VARZOTA - CE, 13 de AGOSTO de 2014

LOCAL E DATA

Daniel Prata Castelo Branco

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101.
OUVIDORIA 0800 725 7474

053-354781385-8

22/FEV/2017

HORA DE 12:43:08

LOG: 05.11364-8

TERM: 32483

LOCALIDADE: VARJOTA

AG. VINCULADA: 1423

CONTROLE: AREF558778

DEPOSITO EM DINHEIRO

1423 013 88021158-8

DANIEL PRATA C BRANCO

VALOR

~~100,00~~

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

053-354781385-8

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 350, Loja 147-FORTALEZA/CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA



339311

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 568-348 / 2016

Dados da Ocorrência

007636/11

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/05/2016 09:54:02**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2016 17:00:02**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **VARJOTA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A LOJA PAULINO CAR**

386456

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIEL PRATA CASTELO BRANCO**
Nascimento: **30/05/1979** CPF:
RG: **29741377** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **SOLANGE PRATA CASTELO BRANCO**
JOSUE PINTO CASTELO BRANCO
Endereço: **RUA FRANCISCA RODRIGUES DE FARIAS, 121**
Bairro: **CAIXA D'ÁGUA** CEP:
Município: **VARJOTA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9626-5958**

Histórico

Informa o declarante que no dia e hora acima citados vinha pilotando sua motocicleta quando duas menores, Ana Débora pilotando e Gisele Bertoldo na garupa, em uma motocicleta, tipo Honda pop, cor preta, placa OSH-4435, entrou bruscamente na avenida, parando a referida motocicleta no meio da avenida causando uma colisão com o declarante onde este veio a quebrar três dedos do pé direito e uma fratura na fase. Que o declarante foi socorrido para o hospital de Varjota pelo um funcionário da loja Paulino Car. Que o declarante estava pilotando sua motocicleta: HONDA/CB 600 F HORNET, PRETA, PLACA NON-0369, CHASSI 9C2PC42109R501437, em nome do declarante. Que o declarante estar apresentando cópia dos seguintes documentos: Boletim de atendimento no hospital de Varjota, CRLV-2015 da referida motocicleta, CNH do declarante e comprovante de endereço do declarante. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE FERNANDES VIEIRA JUNIOR - MAT. 198405-1-4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

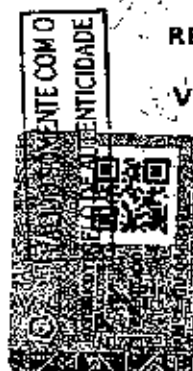
21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Lq. 147

Aldeota - Fortaleza - CE

Impresso em: 10/05/2016 10:02:21



A presente cópia confere com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.

12 MAIO 2016

Emtestemunha da verdade

Ana Célia Ribeiro Lopes

DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



EU, DANIEL PUYLA COSTA BRUNO, portador da carteira de identidade nº 091244377 e inscrito no CPF/MF sob o nº 786.154.153-68, residente e domiciliado na Rua Francisco Evangelista de Farias, nº 101, Cidade União da, Estado Ceará, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Guapira - Ce, 14/01/2017

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONCLUÍDO NÃO VERIFICADO
21 FEV 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 100 - Lapa 147 Atendimento - Fortaleza, CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJOTA - CE
Hospital Municipal de Varjota
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 20/04/16 Hora: 07:00h

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SUS: 8980034788259821

Nome: Daniel Costa Castelo Branco

Estado Civil: Casado Sexo: M Data Nasc.: 30/05/79 Idade: 35 anos

Naturalidade: São Paulo - SP Profissão: -

Residência: R. Rodrigues de Farias N. 121

Filiação: Jesua Costa Castelo Branco Solange Costa

2. QUEIXA PRINCIPAL: Prontidão Reforço de tratamento de longo prazo ocasionando fadiga constante no trabalho e na vida.

3. HISTÓRIA ATUAL: Prontidão de longo prazo no trabalho e na vida.

4. Peso: - Kg: - 5. PA: 130x80 6. Glicemia: Capilar: - 7. Temp: -

8. Alergia () Quais: -

A. Diana Sousa Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Leônidas L. Lopes
CRM: 61191-MG

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 100 - Lapa 14
Alto do - Fortaleza - CE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

RG nº 09.741.377-6, data de expedição 04/02/2015 Órgão SSP/SP

CPF nº 366.153.153-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA FRANCISCA RODRIGUES DE FARIAS</u>
Número	<u>nr 121</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO - CAIXA D'ÁGUA</u>
Cidade	<u>VALHOTA</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62265-000</u>
Telefone de Contato	<u>088. 99643. 81-11 ou 088-3639-13-23</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Valhota - CE, 10/02/2017

Assinatura do Declarante:

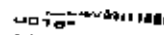
Daniel Prata Castelo Branco

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

[illegible][illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
21 FEV 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aideola - Fortaleza, CE

Nº do Contrato: 739118-8 Referência: Out/2018
 Data de Emissão: 18/10/2018 Total a Pagar (R\$): 224,15
 Nº do Motor Fiscal: 449211407 Nº do Controle: 0000739118-20506 39432 74



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edineide Monoro Martins, portador(a) do

RG nº 04560988915, expedido por Detran-CE, em

05/05/2015, CPF/CNPJ nº 562.145.563-49,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Daniel

Prata Castelo Branco do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária

da vítima Daniel Prata Castelo Branco, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: DONA DE CASA Renda Mensal: R\$ requerou informar

Documentos comprobatórios: CNH

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 FEV 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 14 Aldoberto - Fortaleza / CE



Hospital Municipal de Varjota

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 26/04/16 Hora: 17:00h

505-8090044-9925579-1

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name: Daniel Raulo Castelo Barreto

Estado Civil: Casado Sexo: m Data Nas.: 30/05/79 Idade: 36 Anos

Naturalidade: São Paulo - SP Profissão: _____

Profissão:

Residência: Geó. Rodolphe de Fariès N. 121

Filiação: Jesus Cristo, Castelo Branco, Solange Brito

2. QUEIXA PRINCIPAL: Presença de fono e alteração no sono
Ocasionalmente apresentando no sono e trabalho.

3. HISTÓRIA ATUAL: Pequeno grupo de 20-30 pessoas

4. Peso: _____ Kg: _____ 5. PA: 130x80 6. Glicemia Capilar: _____ 7. Temp: _____

8. Alergia () Quals:

X Diatomaceous Silica Chloride

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Dr. Leonidas L. Lopez
CRM: 6119 Médico

Assinatura do Médico

21 FEB 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 14 -
Alcobaça - Fortaleza / CE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo:	Dra. Maria José Zago S. S. Pedrosa	
CRM:	UF:	Nº:
	Medico	CRM: 133-CE
Endereço Completo:	Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro	
Telefone:	Cidade:	UF:
[88] 3112.0400	Sobral	Ceará

Paciente: Daniel Pereira Costa Barros

Endereço:

Prescrição:

uso oral
- Cefalexim. 500mg - 1kg
1 p de 6/6h proutdy
- Nurodomin crn.
uso: 1 p de 2 x de

Data: 22/4/2016

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident:	
Org. Emissor:	
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA:	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª VIA - Orientação ao paciente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Daniel Prate Costa

Q

D. Nimesal D

14

- tomar 1 cp. VO 12/11/20

RECEITUÁRIO
MÉDICO
DE SOBRAL

Cópia 193

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 918 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 FEV. 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14
Aldeota - Fortaleza - CE



**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Nome do Paciente:

NÚMERO: 1054

Aten: 0478625 Dt. Atendimento: 22/04/2016 - 07:10

Reg.: 13755233 Dt. Nascimento: 26/05/1979

Nome: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

End.: RUA FRANCISCA RODRIGUES FARIAS

CADIN D'ÁGUA: VARJOTA-CE; CEP: 62265000

História Prévia do Atendimento:

36 ANOS S/C VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO REFERINDO DOR EM MÊ-
MBROS APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO

Vitais do Paciente:

Art. 7, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Daniel Prata Castelo Branco () Paciente ()

Nível (Grau de Parentesco) _____ RG Nº _____

declaro que:

Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo Hospitalar, e o tempo máximo de espera para o atendimento, considerando que a classificação vermelha (urgência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera até 240 minutos.

Ficou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro

Recebendo Acolhimento com Classificação de Risco.

PACIENTE

Eu, _____, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais foram fornecidas pelo profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das

informações.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Pereira
COORDENADORA

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Daniel Prata Castelo Branco
Assinatura do Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 1-A
Aldeota - Fortaleza/CE

22/04/2016 07:10

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MAE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MEDICO: _____

*Ulcera de Colica Nob-Nob - Deixa de dor e
edema na p/ dta. e da ombro dta.*

*R: Fome de base do abd, 300 ml
Nebfona po expuro.*

CONDUTA: *Analgesia + antibiótico + hidratação*

DIAGNÓSTICO: *Úlcera de Heber*

Dr. Maria José Lago S. S. Pedram
Médico
CRM 163-CE
Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Lins, 308 - Loja 147
Alfama - Fortaleza / CE

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Dr. Chistiane
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA:
☐ TRANSFERÊNCIA: ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: _____

Hora: _____



0012

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

FOT. IDENTIDADE / OUT. IDENT. / UF
29741377-899/59

CPF
766.157.193-68

DATA NASCIMENTO
30/05/1979

PLACAS
JOSUE PINTO CASTELO BR
ANCO
SOLANGE PRATA CASTELO
BRANCO

PERMISSÃO
RECURSOS

SEX
M

OUT. PAÍS
AB

ASSINATURA
03099415815

VALIDADE
28/04/2020

EX. VALIDADE
19/11/2003

ASSINATURA
CARO PAULO, SE

DATA EMISSÃO
29/01/2015

5157002465
696507528-1

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

1056768177

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 17
Aldeota - Fortaleza - CE



PROVIDE CLASSIFIED

VALUABLE INFORMATION

FOR THE NATIONAL

INTELLIGENCE

COMMUNITY

709108930

709108930

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Expedito, 300 - Conj. 147
Aldeia - Fortaleza - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170479693 **Cidade:** Varjota **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO **Data do acidente:** 20/04/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SEM DEBILIDADE PERMANENTE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta