
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190059748

Vítima: DIEYME QUEIROZ VIANA

Data do Acidente: 24/01/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DIEYME QUEIROZ VIANA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190059748

Vítima: DIEYME QUEIROZ VIANA

Data do Acidente: 24/01/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEYME QUEIROZ VIANA

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190059748

Vítima: DIEYME QUEIROZ VIANA

Data do Acidente: 24/01/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DIEYME QUEIROZ VIANA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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: 025.838.993-17 Nome completo da vítima: DIEYME QUEIROZ VIANA

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

Nome completo: DIEYME QUEIROZ VIANA CPF: 025.838.993-17

Profissão: _____ Endereço: RU EDUARDO BENTO Número: 103 Complemento: _____

Bairro: ALTO SAO FRANCISCO Cidade: TRAIRI Estado: _____ CEP: 62690-000

E-mail: ADRIANO.PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM Tel.(DDD): _____

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 POUPOANÇA (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: 5457 7 CONTA: 853995 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Investprev Seguradora S/A

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.

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando a vítima, 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, TRAIRI - CE 23/01/2019

Nome: DIEYME QUEIROZ VIANA

CPF: 025.838.993-17

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de 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.



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



Impresso nº 201918050

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 73 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2019 11:02:46**
Data / Hora da Ocorrência: **24/01/2016 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 222**
Complemento:
Bairro: **CROATA**
Ponto de Referência: **POSTO EUCALIPTO**
Município: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE**

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DPM DELEGACIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
DELEGACIA METROPOLITANA DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE
RUA DA LIBERDADE, S/N - PALESTINA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE - TEL: 3315-4502

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEYME QUEIROZ VIANA**
Nascimento: **09/12/1987** CPF: **025.838.993-17**
RG: **2002027025699** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **SILVANIZA SOUTO QUEIROZ**
GEOVAR ALVES VIANA
Endereço: **RUA EDUARDO JORGE BENTO**
Bairro: **ALTO SÃO FRANCISCO**
Município: **TRAIRI/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A

UF:
23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP: **62.690-000**

Telefone: **(85) 99763-1888**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQY2213** Uf: **CE** Município: **SÃO LUIS DO CURU** Chassi: **9BWGB05W39P119693** Renavam: **132842270** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **VW/PARATI 1.6** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **EDMA SALES PINHO CARLOTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

Informa DIEYME QUEIROZ VIANA que na data e local da ocorrência seguia como passageiro do veículo acima especificado, que era conduzido por PEDRO EPFANIO CIPRIANO NOGUEIRA; QUE, seguiam no sentido capital/interior, quando foram atingidos por um veículo caminhão não identificado que seguia no sentido contrario e invadiu a contramão da rodovia, para acessar o posto de combustível; QUE, sofreu fatura do fêmur, braço e cotovelo direitos e foi socorrido para Hospital Municipal de SGA, e em seguida transferido para IJF - FORTALEZA e depois PSA - FORTALEZA; QUE, nada mais;.....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

AGENILSON DE AZEVEDO PRADO - MAT.: 198301-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Consolidado em: 08/01/2019 11:20:12

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/01/2019 11:20:12



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



Impresso nº 201918050

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 73 / 2019

EDUARDO COUTINHO DO RÊGO - MAT.: 30119304

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO Nº 548 - 00031/2016

Aos 25 dia(s) do mês de FEVEREIRO de 2016, nesta cidade de SÃO GONÇALO DO AMARANTE, Estado do Ceará, onde pela(s) 11:31 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA, DELEGADO(A), comigo COSMO ANTONIO AGUIAR TORRES, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório DIEYME QUEIROZ VIANA, nacionalidade BRASIL, SOLTEIRO(A), ALFABETIZADO, filho(a) de GEOVÁ ALVES SOUZA SILVANIZA SOLTO QUEIROZ, nascido(a) em 09/12/1987, natural de TRAIRI/CE, residente a R CÔRREGO, CÔRREGO, TRAIRI-CE, telefone 85998564244. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE: Da suas declarações na presença de seu Advogado Dr. Lindinaldo Martins Nogueira, OAB/CE nº 27.796, relatando o que adianta, QUE, é conhecido por Jeimes Vaqueiro; QUE, trabalha fazendo gaiolas; QUE, sua casa fica próximo a Escola Lineu Barbosa; QUE, a noite do dia 23 para 24 de janeiro de 2016, o depoente na companhia de uma amigo chamado ANTÔNIO JÚNIOR OLIVEIRA MESQUITA, também vítima do acidente em alusão, passaram a noite na Fazenda Belém no município de Pentecoste em um evento de Vaquejada; QUE, dormiram na fazenda e pela manhã do dia 24 de janeiro, foram ao município de São Luís do Curu, em visita ao amigo PEDRO EPIFÂNIO, popularmente conhecido como PIPI; QUE, seu amigo PEDRO EPIFÂNIO, estava de saída para o município de Pentecoste participar também do evento de vaquejada na Fazenda Belém e também deixar um galo de presente para um amigo de Santa Quitéria, conhecido por João Neto; QUE, o depoente e outros quatro amigos: Pedro Epifânio(motorista), Júnior Oliveira, Luciano Abreu e Levi Barroso, seguiram juntos até ao local do evento Fazenda Belém em Pentecoste; QUE, todos permaneceram por todo o dia 24 de janeiro de 2016, na Fazenda Belém, indo embora somente à noite por volta das 20h do dia 24/01/2016; QUE, por volta das 20:30h chegaram na localidade de Croatá, onde todos jantaram e saíram em seguida com destino a São Luís do Curu, QUE, ficou sabendo posteriormente, pois no momento do acidente vinha cochilando, que em frente ao Posto de Combustível Eucalipto, um caminhão invadiu a contramão provocando o acidente fatal que vitimou fatalmente seus amigos PEDRO EPIFÂNIO, LUCIANO E LEVI BARROSO, e ficou sabendo também que seu amigo JÚNIOR OLIVEIRA, havia sobrevivido juntamente com o depoente, Perguntado a depoente se o motorista da Parati vinha em alta

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Lindinaldo Martins Nogueira
Advogado

DIE



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUÉRITO Nº 548 - 00031/2016

velocidade? Respondeu que o PIPÍ não gostava de correr! E principalmente chovendo; Perguntado ao depoente se o motorista da Parati PEDRO EPIFÂNIA, havia ingerido bebidas alcoólicas momentos antes do acidente? Respondeu que não, pois paramos no Croatá somente para jantar; QUE, o grupo de amigos exceto o LUCIANO ABREU, tomaram em média de 05 (cinco) cervejas pela manhã no açude da Fazenda Belém em Pentecoste. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme vai devidamente assinado por todos e por mim COSMO ANTONIO AGUIAR TORRES, Escrivão, e o digitei.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DELEGADO(A): _____

DECLARANTE: _____

Advogado: *Adriano Martins Nogueira* - OAB/CE 27.796

ESCRIVÃO(O): _____

Adriano Martins Nogueira
ADVOGADO
OAB/CE 27796



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO Nº 548 - 00031/2016

Aos 25 dia(s) do mês de FEVEREIRO de 2016, nesta cidade de SÃO GONÇALO DO AMARANTE, Estado do Ceará, onde pela(s) 11:31 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA, DELEGADO(A), comigo COSMO ANTONIO AGUIAR TORRES, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório DIEYME QUEIROZ VIANA, nacionalidade BRASIL, SOLTEIRO(A), ALFABETIZADO, filho(a) de GEOVÂNIA e SILVANIZA SOLTO QUEIROZ, nascido(a) em 09/12/1987, natural de TRAIRI/CE, residente a R CÔRREGO, CÔRREGO, TRAIRI-CE, telefone 85998564244. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE, em suas declarações na presença de seu Advogado Dr. Lindemir Martins Nogueira, OAB/CE nº 27.796, relatando o que adianta, QUE, é conhecido por Jeimes Vaqueiro; QUE, trabalha fazendo gaiolas; QUE, sua casa fica próximo a Escola Lineu Barbosa; QUE, a noite do dia 23 para 24 de janeiro de 2016, o depoente na companhia de um amigo chamado ANTÔNIO JÚNIOR OLIVEIRA MESQUITA, também vítima do acidente em alusão, passaram a noite na Fazenda Belém no município de Pentecoste em um evento de Vaquejada; QUE, dormiram na fazenda e pela manhã do dia 24 de janeiro, foram ao município de São Luís do Curu, em visita ao amigo PEDRO EPIFÂNIO, popularmente conhecido como PIPI; QUE, seu amigo PEDRO EPIFÂNIO, estava de saída para o município de Pentecoste participar também do evento de vaquejada na Fazenda Belém e também deixar um galo de presente para um amigo de Santa Quitéria, conhecido por João Neto; QUE, o depoente e outros quatro amigos: Pedro Epifânio(motorista), Júnior Oliveira, Luciano Abreu e Levi Barroso, seguiram juntos até ao local do evento Fazenda Belém em Pentecoste; QUE, todos permaneceram por todo o dia 24 de janeiro de 2016, na Fazenda Belém, indo embora somente à noite por volta das 20h do dia 24/01/2016; QUE, por volta das 20:30h chegaram na localidade de Croatá, onde todos jantaram e saíram em seguida com destino a São Luís do Curu, QUE, ficou sabendo posteriormente, pois no momento do acidente vinha cochilando, que em frente ao Posto de Combustível Eucalipto, um caminhão invadiu a contramão provocando o acidente fatal que vitimou fatalmente seus amigos PEDRO EPIFÂNIO, LUCIANO E LEVI BARROSO, e ficou sabendo também que seu amigo JÚNIOR OLIVEIRA, havia sobrevivido juntamente com o depoente, Perguntado a depoente se o motorista da Parati vinha em alta

Lindemir Martins Nogueira
ADVOGADO
OAB/CE 27.796

P. e



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUÉRITO Nº 548 - 00031/2016

velocidade? Respondeu que o PIPI não gostava de correr! E principalmente chovendo; Perguntado ao depoente se o motorista da Parati PEDRO EPIFÂNIA, havia ingerido bebidas alcoólicas momentos antes do acidente? Respondeu que não, pois paramos no Croatá somente para jantar; QUE, o grupo de amigos exceto o LUCIANO ABREU, tomaram em média de 05 (cinco) cervejas pela manhã no açude da Fazenda Belém em Pentecoste. E nada mais digitei. nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme vai devidamente assinado por todos e por mim COSMO ANTONIO AGUIAR TORRES, Escrivão, digitei.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DELEGADO(A): _____

DECLARANTE: _____

Advogado: *Adriano Martins Aguiar* - OAB/CE 22.796

ESCRIVÃO(O): _____

Licenciado Adriano Martins Aguiara
ADVOGADO
OAB/CE 22796



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034

Comunicação: C1979062

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NQY-2213

Nome/Apelido: PEDRO EPIFANIO CIPRIANO NOGUEIRA

Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado

Nome do Pai:

Nome da Mãe: AILA MARIA NOGUEIRA CIPRIANO

Endereço: RUA PEDRO EPIFANIO - CENTRO

Município/UF: SAO LUIS DO CURU/CE Telefones: Grau de Instrução: Não informado

Naturalidade: BRASIL

CPF: 807.665.873-04 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:

Origem: Destino:

Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 00554346215/CE Primeira Habilitação: 17/02/1998

Validade CNH: 03/09/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

EXAMINAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: Perito Data/Hora da Recepção (hora local): 25/01/2016 04:00

Documento do Responsável: 0 Motivo: Socorro

Município/UF: SAO GONCALO DO AMARANTE/CE

Descrição do Corpo foi liberado após a perícia da Polícia Forense ao carro do IML

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/NQY-2213 / Sexo: Masculino Data de: 13/12/1995

Nome/Apelido: LEVI PINHO BARROSO

Nome do Pai: GIDEÃO MOREIRA BARROSO

Nome da Mãe: ANTONIA CHIRLEY PINHO BARROSO

Endereço: RUA RACHEL MOREIRA CEP:

Município/UF: SAO LUIS DO CURU/CE Naturalidade: BRASIL

CPF: 054.231.573-67 Documento de Identificação: 2006098122657 Orgão Expedidor: SSP/CE Telefones:

Estado Civil: Não informado Grau de Instrução: Não informado

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: Perito Data/Hora da Recepção (hora local): 25/01/2016 04:00

Documento do Responsável: 0 Motivo: Socorro

Município/UF: SAO GONCALO DO AMARANTE/CE

Descrição do Encaminhamento: Corpo foi liberado após a perícia da Polícia Forense ao carro do IML

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13

NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034

Comunicação: C1979062

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/NOY-2213 /
Nome/Apelido: Luciano Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Porteiras:

Informações Complementares:

O primeiro nome da vítima foi informado pelo sr DIEYME QUEIROZ VIANA.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: SOCORRISTA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2016 22:00
Município/UF: SAO GONCALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância do SAMU de Croatá para o UF de Fortaleza.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13

NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53c0203c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2N0Y-2213 /
Nome/Apelido: ANTONIO JUNIOR OLIVEIRA MESQUITA Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 041.850.193-67 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: SOCORRISTA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2016 22:00
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro | Veículo: V2/NQY-2213 /
Nome/Apelido: DIEYME QUEIROZ VIANA | Sexo: Masculino | Data de: |
Nome do Pai: |
Nome da Mãe: |
Endereço: rua eduardo bento s/n - Corrego São Gonçalo - Trairi | CEP: |
Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL |
CPF: 025.838.993-17 | Documento de Identificação: | Órgão Expedidor: | Telefones: |
Estado Civil: | Grau de Instrução: |
Ocupação Principal: | Origem: | Destino: |
Estado Físico: Lesões Graves | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Ignorado | Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não |
Transcrição da Declaração: |

Pertences: |

Informações Complementares: |

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU | Responsável pela Recepção: SOCORRISTA |
Documento do Responsável: 0 | Data/Hora da Recepção (hora local): 23/01/2016 22:00
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE | Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município.

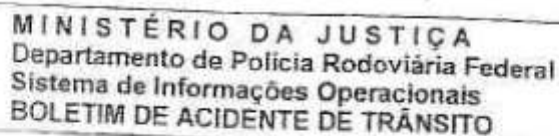
Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



Comunicação:	C1979062
--------------	----------

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 - VW PARATI 1.6

Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA

Placa: NQY-2213

Registro/Matricula do Agente:	1970860
-------------------------------	---------

N° BOAT: 83434034

Date: 24/01/2016 21:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3	X		
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3	X		
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1	X		
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3	X		
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3	X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3	X		
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2	X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita				
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita				
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita				
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1	X			45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3	X			46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2	X			48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X							
25	Painel Traseiro / divisor	1		X							
							Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	86			
							Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	86			

Item		Descrição do componente		SIM		NAO	
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis	X	
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X	
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)	X	
52	Local gravação VIN		X	58	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Para-brisa	X		59	Rodas/pneus	X	
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na coluna "SIM" e "NA"

☐ Dano de Média Mont...

☐ Dado de Média Montada: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na coluna "SIM" e "NA".

☒ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Se não for possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

1.2.2 = 13 = não definido ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-2759-2760-2761-2762-2763-2764-2765-2766-2767-2768-2769-2770-2771-2772-2773-2774-2775-2776-2777-2778-2779-2780-2781-2782-2783-2784-2785-2786-2787-2788-2789-2790-2791-2792-2793-2794-2795-2796-2797-2798-2799-2800-2801-2802-2803-2804-2805-2806-2807-2808-2809-2810-2811-2812-2813-2814-2815



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1973002
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: J1 SCANIA-P 250 65X2

Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA

Placa: OJA-7230

Registro/Matrícula do Agente: 1970860

Nº BOAT: 83434034

Data: 24/01/2019 21:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	N/A
1	Cabine com avarias externas sem afetar colunas dianteira(s) ou traseira(s), painéis, porta-choque, soleira ou assoalho.	P	X		
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em para-choque(s) dianteiro(s) ou traseiro(s), porta-choque dianteiro ou perfis laterais do chassis (se houver).	P	X		
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando colunas(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel porta-choque, soleira ou assoalho.	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto quando houver atingido o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avarias em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassis com deformação torcional menor ou igual a altura da longitudinal.	M		X	
11	Chassis com deformação vertical menor ou igual a altura da longitudinal.	M		X	
12	Chassis com deformação lateral menor ou igual a distância interna entre as longitudinais.	M		X	
13	Chassis com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	M		X	
14	Chassis com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	M		X	
15	Chassis com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	M		X	
16	Chassis com região torcionalmente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassis.	G		X	
17	Chassis com região torcionalmente afetada na região da suspensão.	G		X	
18	Chassis com região torcionalmente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassis.	G		X	
19	Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta.				
20	Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.				
21	Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.				

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Item	Descrição do componente	Sim	Não
22	Para-choque		
23	Para-choque		
24	Para-choque		
25	Para-choque		
26	Para-choque		
27	Para-choque		
28	Para-choque		
29	Para-choque		
30	Para-choque		
31	Para-choque		
32	Para-choque		
33	Para-choque		
34	Para-choque		
35	Para-choque		
36	Para-choque		
37	Para-choque		
38	Para-choque		
39	Para-choque		
40	Para-choque		
41	Para-choque		
42	Para-choque		
43	Para-choque		
44	Para-choque		
45	Para-choque		
46	Para-choque		
47	Para-choque		
48	Para-choque		
49	Para-choque		
50	Para-choque		
51	Para-choque		
52	Para-choque		
53	Para-choque		
54	Para-choque		
55	Para-choque		
56	Para-choque		
57	Para-choque		
58	Para-choque		
59	Para-choque		
60	Para-choque		
61	Para-choque		
62	Para-choque		
63	Para-choque		
64	Para-choque		
65	Para-choque		
66	Para-choque		
67	Para-choque		
68	Para-choque		
69	Para-choque		
70	Para-choque		
71	Para-choque		
72	Para-choque		
73	Para-choque		
74	Para-choque		
75	Para-choque		
76	Para-choque		
77	Para-choque		
78	Para-choque		
79	Para-choque		
80	Para-choque		
81	Para-choque		
82	Para-choque		
83	Para-choque		
84	Para-choque		
85	Para-choque		
86	Para-choque		
87	Para-choque		
88	Para-choque		
89	Para-choque		
90	Para-choque		
91	Para-choque		
92	Para-choque		
93	Para-choque		
94	Para-choque		
95	Para-choque		
96	Para-choque		
97	Para-choque		
98	Para-choque		
99	Para-choque		
100	Para-choque		

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

- ☐ Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P
- ☐ Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
- ☐ Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

Sim - Danificado no acidente

Não - Não danificado ou não existente

NA - Não foi possível avaliar o dano - Não Avaliável

Assinatura do Agente de Trânsito: _____

Assinatura do Agente de Trânsito: _____

Assinatura do Agente de Trânsito: _____

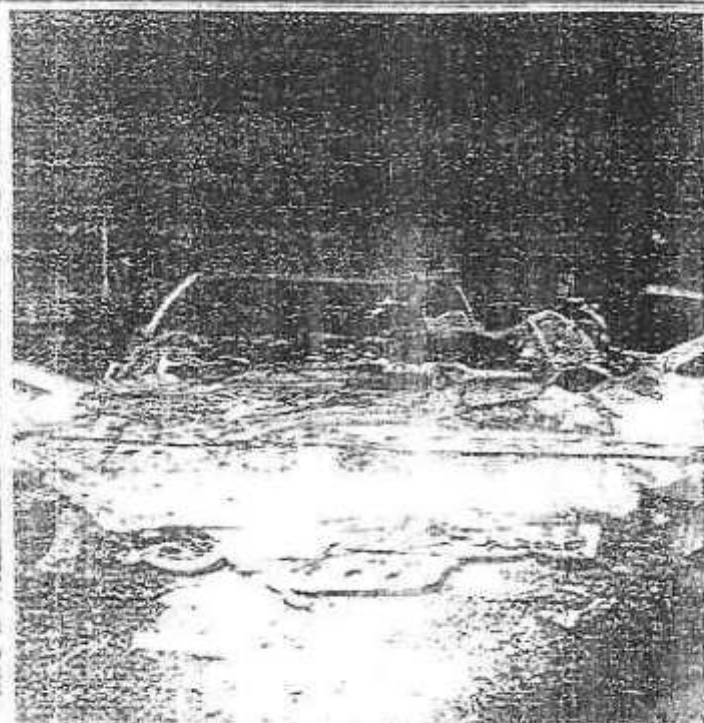


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

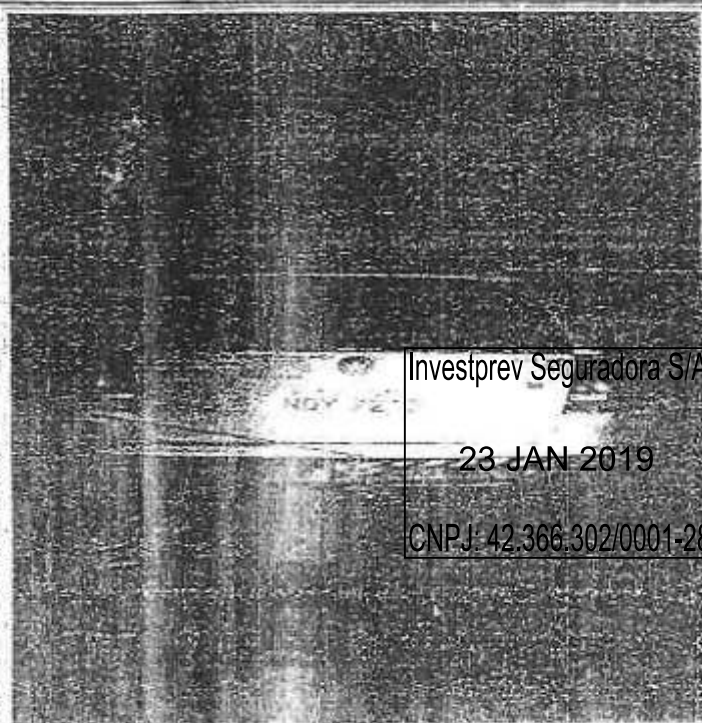
OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C16 79042
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

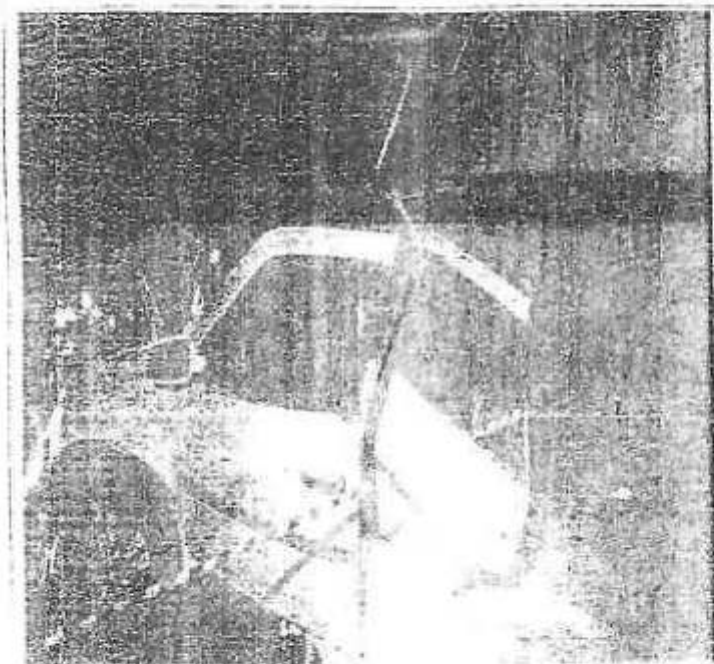
Veículo: CORPORATIVO	Placa: NQY-2213
Nome do Agente/Assinatura: FELIPE RINHO SILVEIRA	Nº BOAT: 83434034
Registro/Matrícula do Agente: 1970260	Data: 24/01/2016 21:30



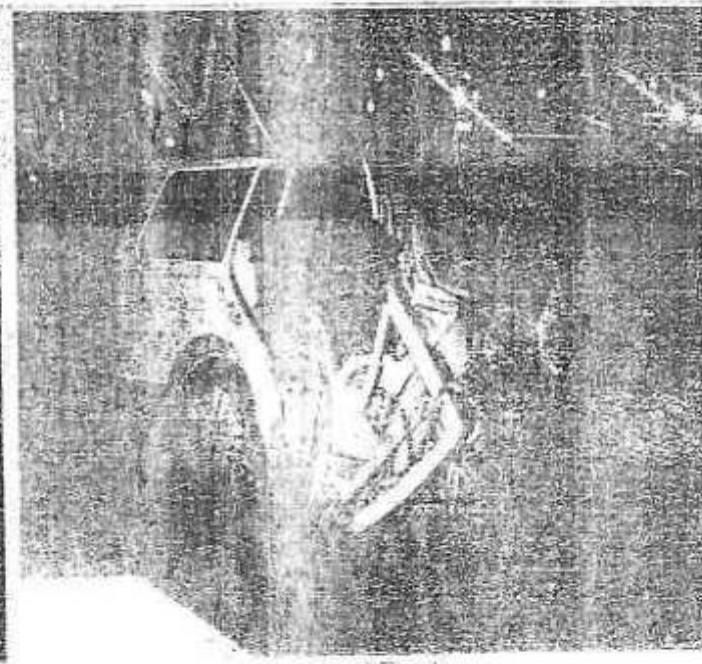
Frente



Traseira



Lado Esquerda



Lado Direita

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1872052
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS POR CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

VEICULO: SCANIA P 270 2011

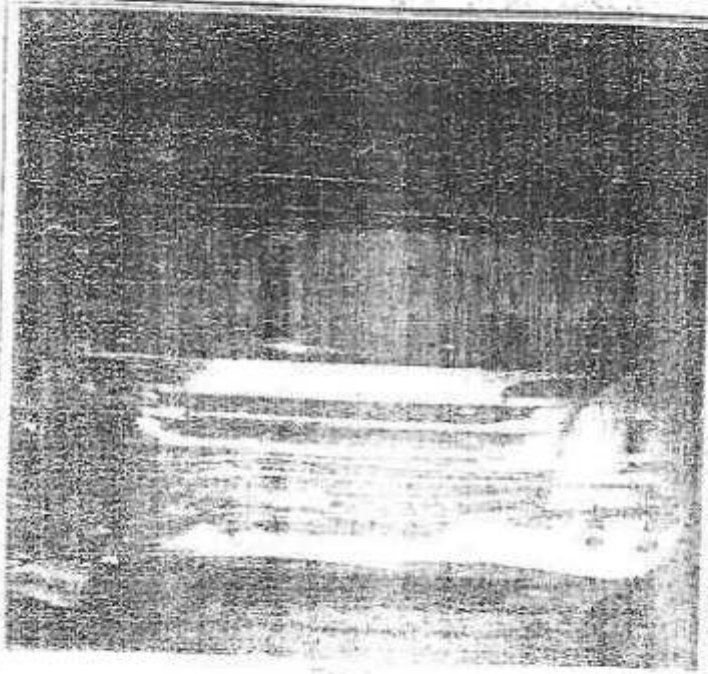
Nome do Agente/Assinatura: P. PEREIRA SILVEIRA

Placa: OJA-7230

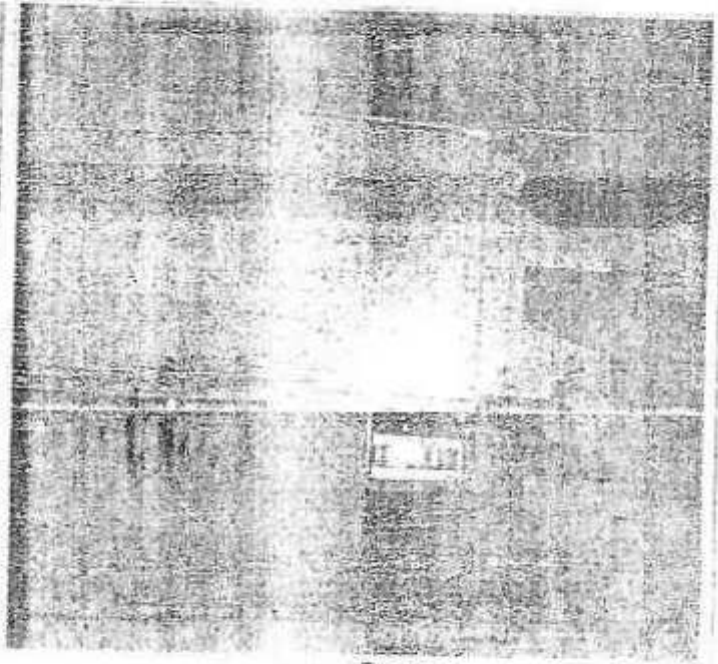
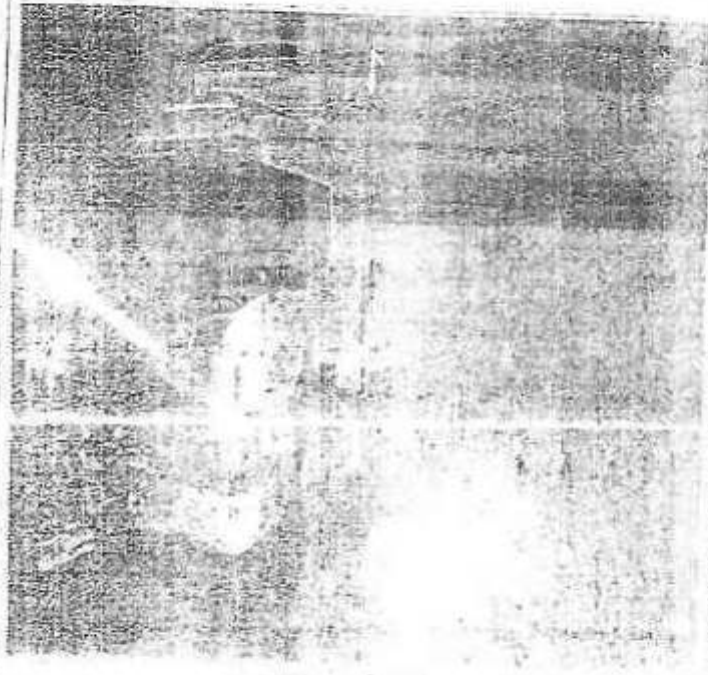
Registro/Matrícula do Agente: 150380

Nº BOAT: 83434034

Data: 24/01/2016 21:30



Investprev Seguradora S/A
23 JAN 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Direito



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979052
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: VZ VW/PARATI 1.6	Placa: NQY-2213
Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT: 83434034
Registro/Matrícula do Agente: 1970860	Data: 24/01/2016 21 30



Frente Esquerda



Frente Direita

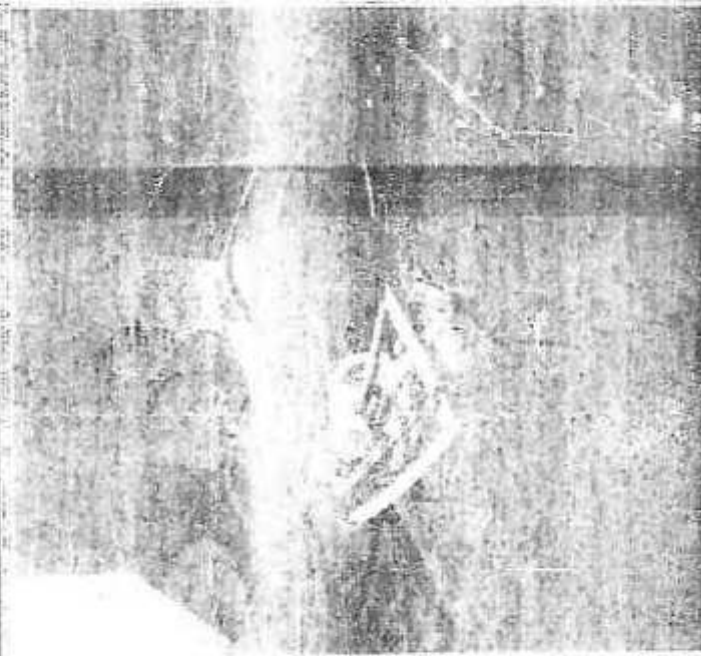
Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Rear Esquerda



Rear Direita



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: FELIPE PINHO SILVEIRA
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE
Fase do dia: Manhã
Condições da Pista: Molhada
Data/Hora do Acidente (hora local): 24/01/2016 21:30
BR: 222 KM: 575
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Sentido da Via: Tráfego
Sinalização existente: Vertical Horizontal
Sinalização luminosa: Inexistente
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Condição meteorológica: Chuva
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não
Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Obstáculo:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Comércio
Cerca: Não resta Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular Tipo: Simples Qtd. de Faixas:
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Reta Curva Vertical: Lombada Superelevação:
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

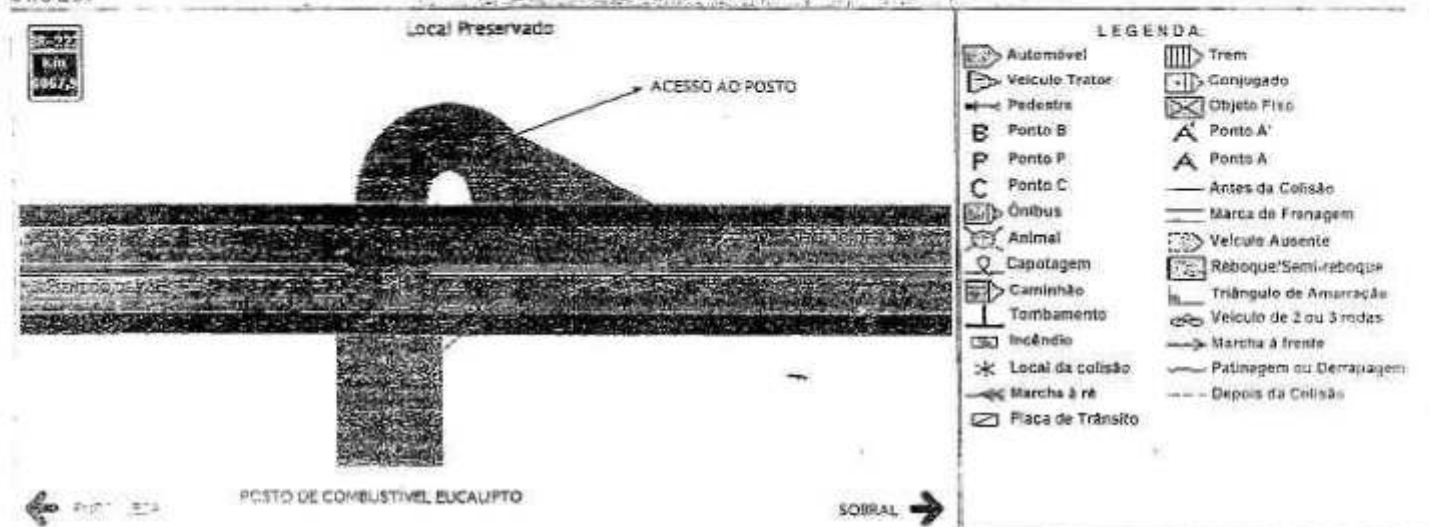
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:
Conforme a perícia realizada no local do acidente e vestígios nos veículos e no pavimento, foi constatado que houve um colisão frontal entre V1, SCANIA P 250 B5X2 de placa NQY2213, e V2, VW PARATI 1.6 de placas NQY2213, em frente ao Posto Eucalipto que é situado Km 67,9 DA BR222 sentido crescente no município de São Gonçalo do Amarante. Reforça-se também, que V1 trafegava no sentido Sobral/Fortaleza e ao adentrar no pátio do posto o condutor de V1 não aguardou no acostamento para cruzar a pista antes de transferir pela contramão da rodovia momento em que colidiu frontalmente com V2 que seguia no sentido contrário, Fortaleza/Sobral, conforme croqui. No acidente foram mortos imediatamente os Srs. Rádrio Epifânio Clemano Nogueira e Levi Pinho Barroso e os outros ocupantes de V2 foram socorridos prontamente ao hospital.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS
Placa: _____ Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9BSP6X200D3825272 Renavam: 00520582
Marca/Modelo: SCANIA P 250 B5X2 Cor: BRANCA Ano: 2013 Tipo: Caminhão Emplacamento: SÃO LUÍS/MA
Ocupantes: _____ Espécie: Carga Categoria: Aluguel
Proprietário: GRANDE COM DE CARNES LTDA CPF/CNPJ: 07.555.950/0301-41
Endereço: AV. LUIZ SALDANHA NR 100 CEP: 65.040-000
Município/UF: _____ Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: NFE-PTZ/MA-BRASIL Destino: FORTALEZA/CE-BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO
Manobra do Veículo no Acidente: Virava à esquerda Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 00 Estado dos Pneus: Bom

DADOS DA CARGA
Carregamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa Moeda: R\$-R\$
Valor Total da Carga: R\$130.000,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: carne bovina

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO
Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979082
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: Descrição: Chassi: 9BWGB05W39P119693 Renavam: 00132842270
Marca/Modelo: Cor: BRANCA Ano: 2009 Tipo: Automóvel Emplacamento: SAO LUIS DO CURI/CE
Ocupantes: Espécie: Categoria: Particular
Proprietário: EDMA SALES PINHO CARLOTO CPF/CNPJ: 498.544.413-04
Endereço: RUA DO CEMITERIO 20855 CEP: 63.665-000
Município/UF: Telefones:
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: 23 JAN 2019
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: Investprev Seguradora S/A
Nome/Apelido: CESAR SAMPAIO DE LIMA
Data de Nascimento: 01/02/1972 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: FRANCISCO RODRIGUES DE LIMA
Nome da Mãe: MARIA SAMPAIO DE LIMA
Endereço: QUADELA C - CASA 10 - RESIDENCIAL ARAGUAIA CEP:
Município/UF: TERESINA/PI Telefones: 88999324209 Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: MOTORISTA PROF SE CNA
CPF: 440.380.013-53 Documento de Identificação: 1169938 Órgão Expedidor: SSP/PI
Origem: IMPERATRIZ/MA - BRASIL Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL
Estado Físico: Teste Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AE Registro CNH: 01351349954/PI Primeira Habilitação: 25/08/1997
Validade CNH: 23/08/2016 País CNH: Dormiu? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: 15:00
Pertencente:
Informações Complementares: O condutor foi submetido ao teste do etilômetro número 04725 do aparelho nº068465 na data de 24/01/2016 às 22:48. O resultado obtido pelo aparelho foi de 0,00mg/L de álcool por litro de ar expelido pelos pulmões.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável: Motivo:
Município/UF:
Descrição do:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NQY-2213
Nome/Apelido: PEDRO EPIFANIO CIPRIANO NOGUEIRA
Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai:
Nome da Mãe: A LA MARIA NOGUEIRA CIPRIANO
Endereço: RUA PEDRO EPIFANIO - CENTRO CEP:
Município/UF: SÃO LUIS DO CURUICE Telefones: Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 517.453.13-04 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
Origem: Destino:
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor e Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 00554346215/CE Primeira Habilitação: 17/02/1998
Validade CNH: 01/09/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: Perito
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 25/01/2016 04:00
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
Descrição do: Corpo foi liberado após a perícia da Polícia Forense ao carro do IML.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/NQY-2213 /
Nome/Apelido: LEA PINHO BARROSO Sexo: Masculino Data de: 13/12/1968
Nome do Pai: SÍDEAO MOREIRA BARROSO
Nome da Mãe: ANTONIA CHIRLEY PINHO BARROSO CEP:
Endereço: RUA RACHEL MOREIRA
Município/UF: SÃO LUIS DO CURUICE Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 034.231.573-87 Documento de Identificação: 2005098122657 Orgão Expedidor: SSP/CE Telefones:
Estado Civil: Não Informado Grau de Instrução: Não Informado
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: Perito
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 25/01/2016 04:00
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: Corpo foi liberado após a perícia da Polícia Forense ao carro do IML.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:48:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: VZNDY-2213 /
Nome/Apelido: Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe: CEP:
Endereço:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences

Informações Complementares:

O primeiro nome da vítima foi informado pelo sr DIEYME QUEIROZ VIANA.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: SOCORRISTA
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2016 07:00
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância do SAMU de Croatá para o UFF de Fortaleza.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.darf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NUMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18

* Somente possui valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo: V2/NQY-2213 /
Nome/Apelido: ANTONIO JUNIOR OLIVEIRA MESQUITA
Nome do Pai: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: ☒ BRASIL CEP: _____
CPF: 441.55.181-4 Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____ Telefones: _____
Estado Civil: _____ Grau de Instrução: _____
Ocupação Principal: _____ Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: ☒ Lesões Graves ☐ Sem Lesões Graves Socorrido pela PRF? ☒ Não ☐ Sim Usava Cinto? ☒ Ignorado ☐ Sim Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não ☐ Sim
Transcrição da Declaração: _____

Pertencentes: _____

Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☒ SAVU ☐ Outros Responsável pela Recepção: ☒ SOCORRISTA ☐ Outros
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2019 23 JAN 2019
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: ☒ Socorro ☐ Outros
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:45:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTERIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83434034
Comunicação:	C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2NQY-2213 /
Nome Apellido: DEYME QUEIROZ VIANA Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: Rua Eduardo Bento Sim - Corrego São Gonçalo - Traí
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL CEP:
CPF: 28.439.395-17 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicado
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: SOCORRISTA
 Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 24 JAN 2019
 Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro
 Descrição do Encaminhamento:

Investprev Seguradora S/A

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:48:13
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V3 VW/PARATI 1.6

Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA

Placa: NQY-2213

Registro/Matrícula do Agente: 1970860

Nº BOAT: 83434034

Data: 24/01/2016 21:30

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3	X		
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3	X		
3	Panel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1	X		
4	Panel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3	X		
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3	X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3	X		
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2	X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Para-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita				
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	3	X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita				
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1	X			45	Para-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3	X			46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2	X			48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X							
25	Panel Traseiro / divisor	1		X							
							Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	86			
							Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	86			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vitrô laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☒ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

Item não danificado no acidente

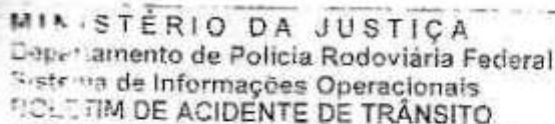
NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano / Não Avaliado

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13

NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



Comunicação

* STATUS DA OCORRÊNCIA

2 JAF 250 B3X2

Placa: 24A-225

Agente Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA

Nº BOAT: 07434001

Matricula do Agente: 19-0860

Data: 24.01.2018

[illegible]

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

ITEMS NÃO PONTUÁVEIS		
1	Presença do elemento	Sim
2	Presença do elemento	
3	Presença do elemento	
4	Presença do elemento	
5	Presença do elemento	
6	Presença do elemento	
7	Presença do elemento	
8	Presença do elemento	
9	Presença do elemento	
10	Presença do elemento	
11	Presença do elemento	
12	Presença do elemento	
13	Presença do elemento	
14	Presença do elemento	
15	Presença do elemento	
16	Presença do elemento	
17	Presença do elemento	
18	Presença do elemento	
19	Presença do elemento	
20	Presença do elemento	
21	Presença do elemento	
22	Presença do elemento	
23	Presença do elemento	
24	Presença do elemento	
25	Presença do elemento	
26	Presença do elemento	
27	Presença do elemento	
28	Presença do elemento	
29	Presença do elemento	
30	Presença do elemento	
31	Presença do elemento	
32	Presença do elemento	
33	Presença do elemento	
34	Presença do elemento	
35	Presença do elemento	
36	Presença do elemento	
37	Presença do elemento	
38	Presença do elemento	
39	Presença do elemento	
40	Presença do elemento	
41	Presença do elemento	
42	Presença do elemento	
43	Presença do elemento	
44	Presença do elemento	
45	Presença do elemento	
46	Presença do elemento	
47	Presença do elemento	
48	Presença do elemento	
49	Presença do elemento	
50	Presença do elemento	
51	Presença do elemento	
52	Presença do elemento	
53	Presença do elemento	
54	Presença do elemento	
55	Presença do elemento	
56	Presença do elemento	
57	Presença do elemento	
58	Presença do elemento	
59	Presença do elemento	
60	Presença do elemento	
61	Presença do elemento	
62	Presença do elemento	
63	Presença do elemento	
64	Presença do elemento	
65	Presença do elemento	
66	Presença do elemento	
67	Presença do elemento	
68	Presença do elemento	
69	Presença do elemento	
70	Presença do elemento	
71	Presença do elemento	
72	Presença do elemento	
73	Presença do elemento	
74	Presença do elemento	
75	Presença do elemento	
76	Presença do elemento	
77	Presença do elemento	
78	Presença do elemento	
79	Presença do elemento	
80	Presença do elemento	
81	Presença do elemento	
82	Presença do elemento	
83	Presença do elemento	
84	Presença do elemento	
85	Presença do elemento	
86	Presença do elemento	
87	Presença do elemento	
88	Presença do elemento	
89	Presença do elemento	
90	Presença do elemento	
91	Presença do elemento	
92	Presença do elemento	
93	Presença do elemento	
94	Presença do elemento	
95	Presença do elemento	
96	Presença do elemento	
97	Presença do elemento	
98	Presença do elemento	
99	Presença do elemento	
100	Presença do elemento	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Orden de Pesquisa Monte: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" foi de categoria B

Nota de Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NÃO" for de categoria M

Índice de Gravidade Monte: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria 3

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade.

a) Classificação de dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas SIM ou NÃO

4. **DATA ANALYSIS**

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Se não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

1995

1. $\vec{a} = \begin{pmatrix} 1 \\ 2 \\ 3 \end{pmatrix}$, $\vec{b} = \begin{pmatrix} 4 \\ 5 \\ 6 \end{pmatrix}$, $\vec{c} = \begin{pmatrix} 7 \\ 8 \\ 9 \end{pmatrix}$

$$d(\mathcal{C}) = \inf_{\mathcal{C} \in \mathcal{C}} \inf_{\mathcal{C}' \in \mathcal{C}} d(\mathcal{C}, \mathcal{C}')$$

1. DE IDENTIDADE NA INTERNET: <http://www.ipef.br>

DATA HORARIO DA EXPEDIENTE: 21/02/2016 22:48:17

UNIVERSITY OF CALIFORNIA e3c7e2b53d205c13

4. Ocorrências com o status de "ENCERRADA" não são exibidas.

DEPARTAMENTO DA JUSTIÇA
Polícia Rodoviária Federal
Informações Operacionais
ACIDENTE DE TRÂNSITO

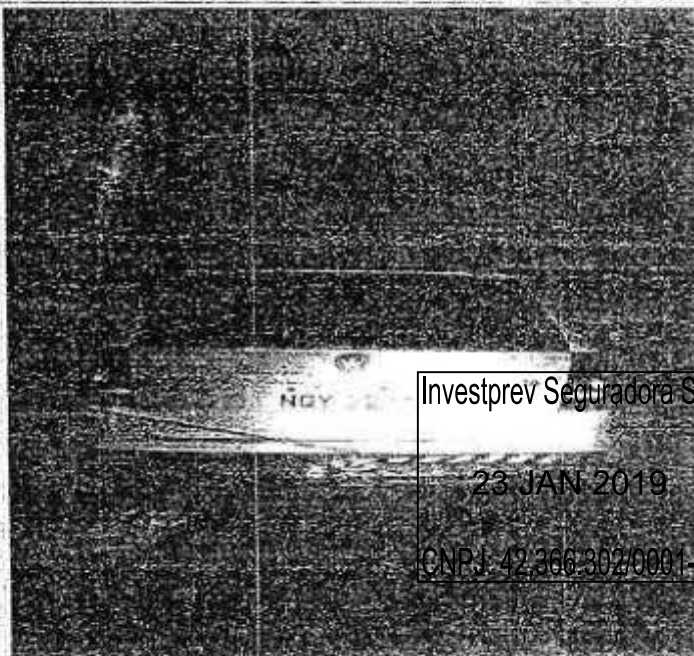
OCORRÊNCIA
Comunicação
* STATUS DA OCORRÊNCIA

PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

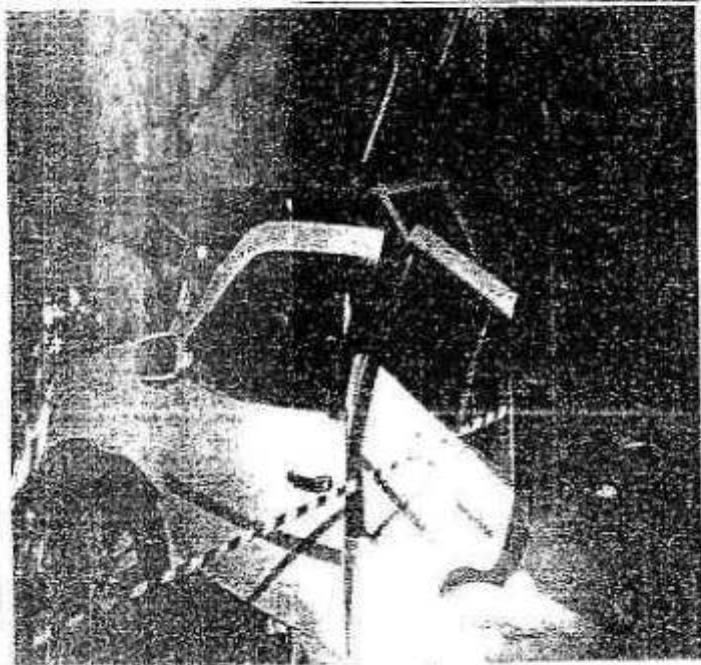
Nº 5	Placa: NGY-2212
Nº PEDREIRINHO SILVEIRA	Nº BOAT: 83434034
Nº 1970860	Data: 24/01/2019 09:21:50



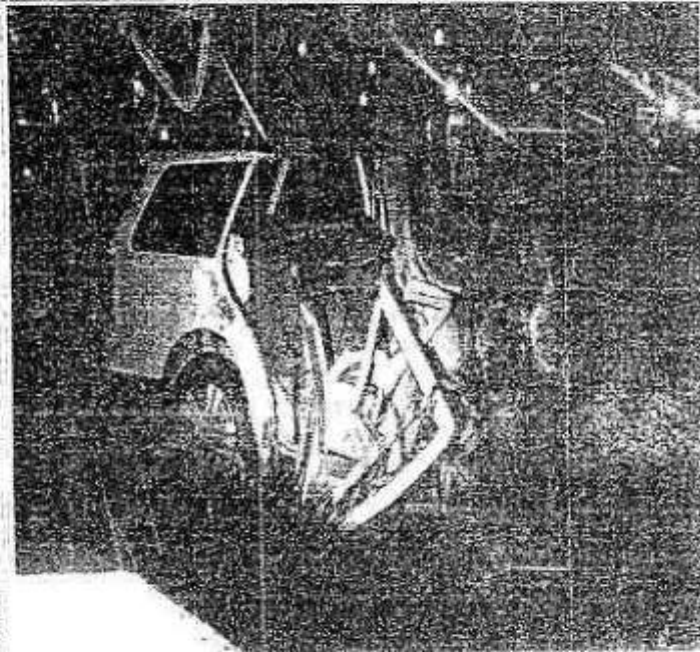
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

CIÓDADO NA INTERNET: <http://www.darf.gov.br>

DATA DE EMISSÃO: 01/02/2019 10:40:10
Nº DE EMISSÃO: 6357=2+531208012

As ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Informações Operacionais
ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA

Comunicação

* STATUS DA OCORRÊNCIA

PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

5056X2

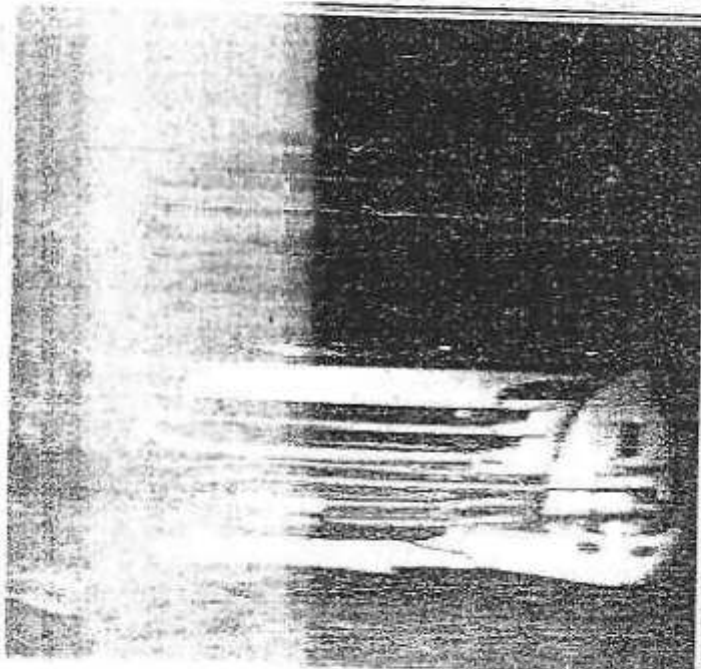
Nº: FELIPE RIANO SILVEIRA

Id: 1870880

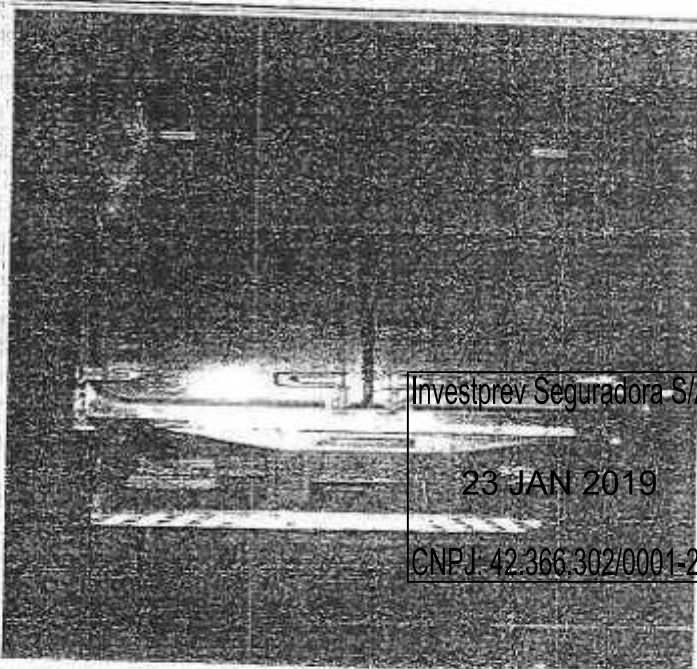
Placa: OJA-7230

Nº BOAT: 85434934

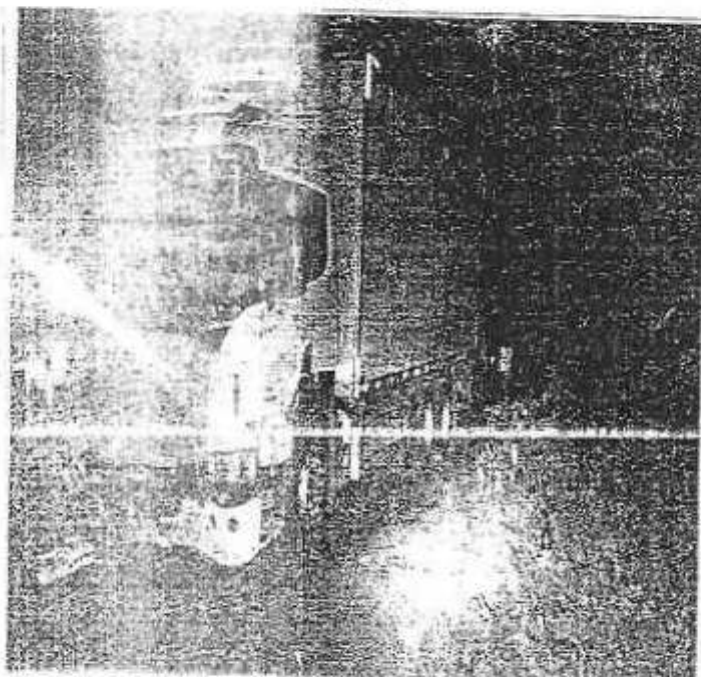
Data: 24/01/2019 21:30



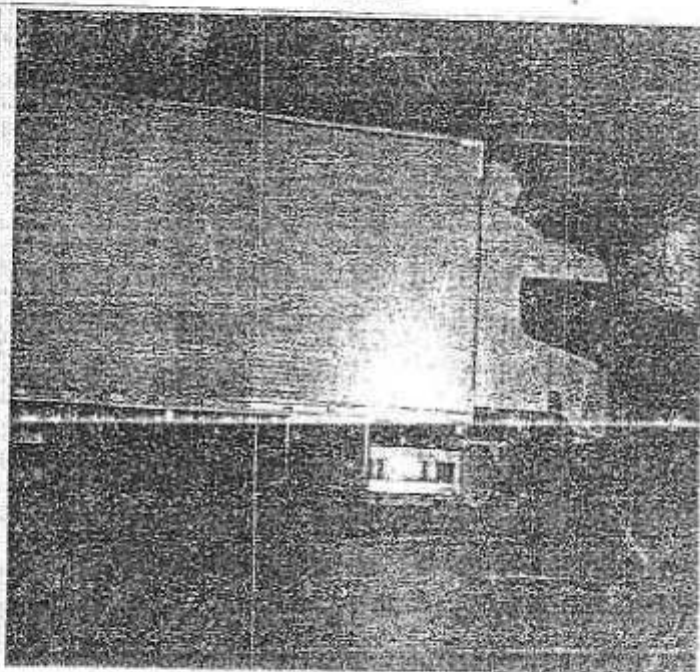
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

BADE NA INTERNET RICH: Jam 001/2019

21/02/2019 22:46:13

6837-2650327 9015

Informações em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 19/0680 - FELIPE PINHO SILVEIRA
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARAL/CE
Data/Hora do Acidente (hora local): 24/01/2016 21:30
BR: 222 KM: 67,9
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Plena noite
Condições da Pista: Molhada
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical/Horizontal
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Chuva
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário da solicitação:
Data e horário do

REGISTRO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

REGISTRO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural
Tipo de Localidade: Não edificada
Existência acostamento? Não
Estado de Conservação:
Há desnível? Não
É pavimentado? Não
Largura (m): 0
Possui defensa?
Possui meio-fio?
Possui sarjeta?
Existência carteiro central? Não
Estado de Conservação:
Largura (m): 0
Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado
Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular
Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular
Tipo: Simples
Qtd. de Faixas:
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil:
Traçado: Reto
Curva Vertical: Lombada
Superlevação: 130
Superlargura: Não
Largura da Pista (m): 0
Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Investprev Seguradora S/A

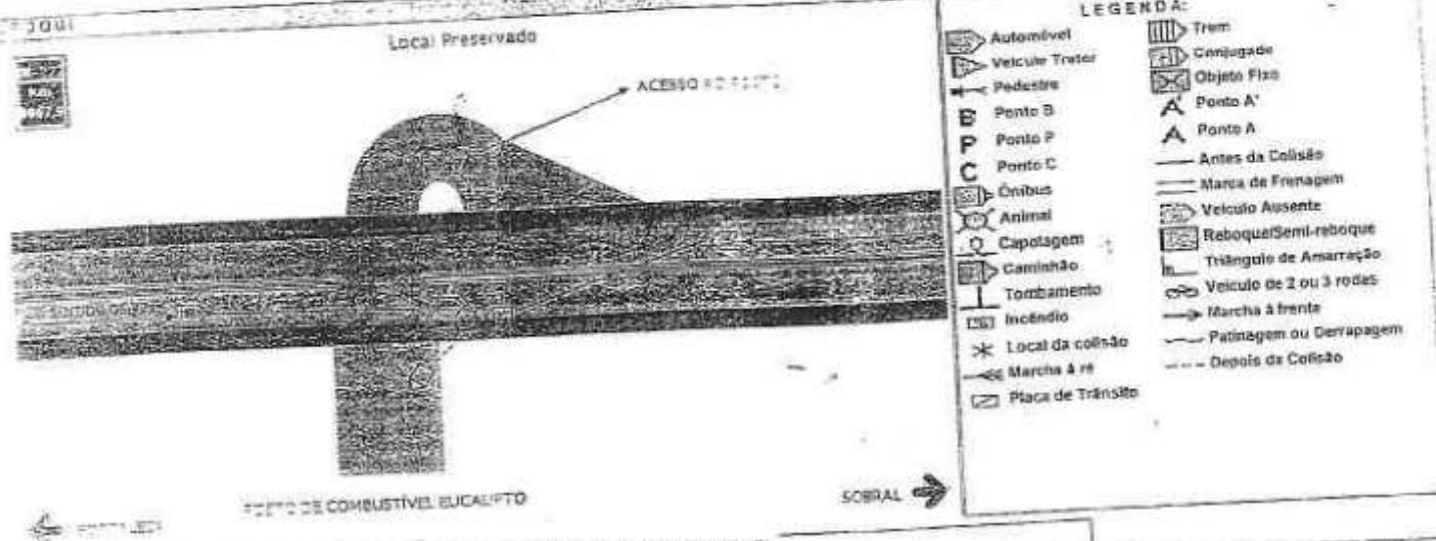
23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83434034
Comunicação: C1979062
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____
VEÍCULO P1 DISTÂNCIA P1-A (m) DISTÂNCIA P1-B (m) P2 DISTÂNCIA P2-A (m) DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente e vestígios nos veículos e no pavimento, foi constatado que houve um colisão frontal entre V1, SCANIA/P 250 B5X2 de placas QJAT7330, e V2, VW/PARATI 1.6 de placas NQY2213, em frente ao Posto Eucalipto que é situado Km 67,9 DA BR222 sentido Fortaleza/Portaleza e ao adentrar no pátio do posto o condutor de V1 não aguentou no volante e saiu do veículo. Verificou-se, também, que V1 trafegava no sentido Sobral/Portaleza e ao adentrar no pátio do posto o condutor de V2 não aguentou no volante e saiu do veículo. No acidente, foram vítimas fatais os srs. Pedro Epifanio Cypriano Nogueira e Levi Pinho Barroso e os outros ocupantes de V2 foram socorridos gravemente ao hospital.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: QJA-1230 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9BSP6X200D3625272 Renavam: 00525582770
Marca/Modelo: SCANIA/P 250 B5X2 Cor: BRANCA Ano: 2013 Tipo: Caminhão Emplacamento: SAO LUIS/MA
Ocupantes: 1 Espécie: Carga Categoria: Aluguel CPF/CNPJ: 07.555.950/0001-21 CEP: 55.040-000
Proprietário: RIO GRANDE COM DE CARNES LTDA
Endereço: AV AMALIA SALDANHA NR 100 Telefones: _____
Município/UF: _____
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: IMPERATRIZ/MA - BRASIL Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Virava à esquerda Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento: _____
DADOS DA CARGA
Carregamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$130.000,00 Produto Perigosos: _____
Descrição da Carga: carne bovina

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____ Descrição do Encaminhamento: _____
Município/UF: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 01/02/2016 22:46:13
NÚMERO DE CONTROLE: a3c7e2b53d208c18

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: **025.838.993-17** Nome completo da vítima: **DIEYME QUEIROZ VIANA**

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

Nome completo: **DIEYME QUEIROZ VIANA** CPF: **025.838.993-17**

Profissão: _____ Endereço: **RU EDUARDO BENTO** Número: **103** Complemento: _____

Bairro: **ALTO SAO FRANCISCO** Cidade: **TRAIRI** Estado: _____ CEP: **62690-000**

E-mail: **ADRIANOPINHEIRO.ADV@GMAIL.COM** Tel.(DDD): _____

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: **5457** **7** CONTA: **853995** **2**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

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

CNPJ 42.366.302/0001-28

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 (assinale 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando a vítima, 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, **TRAIRI - CE 23/01/2019**

Nome: **DIEYME QUEIROZ VIANA**

CPF: **025.838.993-17**

(*) 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.



GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
FAZENDO MAIS E MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva



HOSPITAL GERAL DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
LUIZA ALCÂNTARA
E SILVA

BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							FICHA Nº:	
NOME: <u>Dieyma Queiroz Viana</u>						DATA: <u>04.01.16</u>	HORÁRIO: <u>22:00</u>	
DN: <u>9/11/1987</u>	IDADE: <u>28A</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	SEXO: <input type="radio"/> FEM <input checked="" type="radio"/> MASC	CNS: <u>893.002843062881</u>	DOCUMENTO: <u>200.2077025644</u>			
NOME DA MÃE: <u>Silvaniza Couto Queiroz</u>				EST. CIVIL: <u>Casado</u>	PROFISSÃO:	TELEFONE:		
ENDEREÇO: <u>R. Eduardo Berto</u>				NUM: <u>5N</u>	BAIRRO: <u>Trairi</u>	CIDADE/UF:		
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO2(%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	ESCALA DE DOR	
VERMELHA EMERGENCIA 5 min		LARANJA MUITO URGENTE 20 min		AMARELA URGENTE 60 min		AZUL NÃO URGENTE 240 min		
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:					1ª CLASSIFICAÇÃO: ___h___min por			
					CARIMBO/ASSINATURA			
ALERGIAS:					RECLASSIFICAÇÃO: ___h___min por			
					CARIMBO/ASSINATURA			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO:								
Pct. 28a; S. vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mmHg Trauma abdominal fechado.					HIPÓTESE DIAGNOSTICA: <u>Politraumatismo</u>			
					CONDIÇÃO: <u>com provável fratura de Úmero D.</u>			
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES			
	O Encaminhamento à Traumatologia.							
ASSINATURA/CARIMBO								

Investprev Seguradora S/A
23 JAN 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nº de Inscrição:

49217232



DADOS DO CLIENTE

Nome: GEOVAR ALVES VIANA

End. Leitura: RU EDUARDO BENTO, 00103, ., ALTO SAO FRANCISCO

Cidade: TRAIRI

CEP: 62.690-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 085

Setor: 001

Quadra: 004

Lote: 0575

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 002 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A11F169330	624	641	17	14

DATAS

Leitura Atual: 07/11/2018 | Emissão: 23/11/2018 | Lacre Água: A11F169330
 Leitura Anterior: 05/10/2018 | Próxima Leitura: 7/12/2018 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	16	16	10	16	16
Analisadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	16	17	17	17

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 7 M3 | META: 20 M3.

CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 101,06. CASO PAGO, DESCONSIDERAR.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	48,80	11/2017	11	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,90	12/2017	10	0
MULTA DE 2%	1,00	01/2018	17	0
		02/2018	12	0
		03/2018	12	0
		04/2018	21	0
		05/2018	16	0
		06/2018	18	0
		07/2018	20	0
		08/2018	19	0
		09/2018	16	0
		10/2018	15	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,48	Descrição	
COFINS	2,42	Valor do Serviço	79,30
		Subsídio(-)	28,60
		Total de Serviço	50,70

MÊS/ANO

11/2018

VENCIMENTO

05/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,70

BOMAS PARA O CLIENTE

Bônus: 100% de desconto no valor da conta.
 Exatidão: 100% de exatidão no valor da conta.
 A Cagece é responsável por manter o valor da conta atualizado.
 O valor da conta é atualizado conforme as regras da Agência Reguladora.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Der Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 25/01/2018 01:32:42

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 899004843062681	NOME: DIEYME QUEIROZ VIANA	Registro: 5422855
CPF: 02583899317	RG:	D. NASC: 09/12/1987
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: SILVANIZA SOUTO QUEIROZ	NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO	
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: EDUARDO BENTO	Nº S/N
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 33152425	MUNICÍPIO: TRAIRI
UF: CE	CEP: 62600-000	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: AMB/DE SAO GONCALO DO AMARANTE	PARENTESCO:	TELEFONE: 33152425
--------------------------------------	-------------	--------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um carro, pickup/caminhonete.

QUEIXAS: COLISÃO CARRO X CAMINHÃO, TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO. GLASGOW 12

OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACOABDOMINAL. HISTÓRIA DISCORDANTE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	----------------------------------------------

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROTOCOLO - 101
NÃO TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 16/01/2018
MATRÍCULA
Eduardo Moreira
SERVIDORIA



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que DIEYME QUEIROZ VIANA deu entrada neste Hospital no dia 25/01/16, Prontuário N.º 159.118, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO ÚMERO DIREITO CID S 42.3 + FRATURA DO COTOVELO DIREITO CID S 52.0 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 03/02/16, retornou dia 06/06/16 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do fêmur direito CID S 72.3, recebeu alta hospitalar dia 13/06/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza, 17 de agosto de 2016.

 SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS-LTD
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Layanne Aparecida S. da Silva
Mat: 12.273 - Auxiliar SAME



GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
FAZENDO MAIS E MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva



HOSPITAL GERAL DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
LUIZA ALCÂNTARA
E SILVA

BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						FICHA Nº:	
NOME: <u>Dieyma Queiroz Viana</u>					DATA: <u>24.01.16</u>	HORÁRIO: <u>22:00</u>	
DN: <u>9/11/1987</u>	IDADE: <u>28A</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	SEXO: <input type="radio"/> FEM <input checked="" type="radio"/> MASC	CNS: <u>893.002843062881</u>	DOCUMENTO: <u>200.2077025644</u>		
NOME DA MÃE: <u>Silvaniza Couto Queiroz</u>				EST. CIVIL: <u>Casado</u>	PROFISSÃO:	TELEFONE:	
ENDEREÇO: <u>R. Eduardo Berto</u>			NUM: <u>5N</u>	BAIRRO: <u>Trairi</u>	CIDADE/UF:		
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO2(%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	
						ESCALA DE DOR: 0 2 4 6 8 10	
VERMELHA EMERGÊNCIA 5 min		LARANJA MUITO URGENTE 20 min		AMARELA URGENTE 60 min		AZUL NÃO URGENTE 240 min	
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:				1ª CLASSIFICAÇÃO: ___ h ___ min por			
				RECLASSIFICAÇÃO: ___ h ___ min por			
ALERGIAS:				23 JAN 2019			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO:				HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
Pct. 28a; S. vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mmHg Trauma abdominal fechado.				Politr. com provável fratura de Úmero D.			
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
	Encaminhamento à Traumatologia.						
<div>Dr. Wagner Filgueiras Médico CREMESP 12499</div>							
ASSINATURA/CARIMBO							
<input type="checkbox"/> ALTA MELHORADA <input type="checkbox"/> ALTA A PEDIDO/EVASÃO <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: <input type="checkbox"/> ÓBITO DATA/HORA:							



GOVERNO DE
**SÃO GONÇALO
DO AMARANTE**
FAZENDO MAIS E MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva



HOSPITAL GERAL DE
**SÃO GONÇALO
DO AMARANTE**
LUIZA ALCÂNTARA
E SILVA

BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL:

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA/CARIMBO

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5422855

NOME: DIEYME QUEIROZ VIANA

DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1987

PAI: GEOVAR ALVES VIANA

MÃE: SILVANIZA SOUTO QUEIROZ

DATA DE ATENDIMENTO: 25/01/2016

DATA SAÍDA: 25/01/2016

MOTIVO: PACIENTE COM RELATO DE VÍTIMA DE COLISÃO FRONTAL DE AUTOMÓVEL COM FRATURA DE ÚMERO (COTOVELO) E FÊMUR, AMBOS À DIREITA.

PACIENTE FOI ESTABILIZADO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O PSA (HOSPITAL DE APOIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 15/04/2016 (FRED/P).

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Frederico Cesar S. Leitão
CRM 4127-SAME-UF

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que DIEYME QUEIROZ VIANA deu entrada neste Hospital no dia 25/01/16, Prontuário N.º 159.118, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO ÚMERO DIREITO CID S 42.3 + FRATURA DO COTOVELO DIREITO CID S 52.0 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 03/02/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades sem previsão de alta médica definitiva.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza, 16 de março de 2016.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93

Layanne Saraiva
MAT: 11.73 - AUXILIAR SAME



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225

e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

Documentação necessária:

- Cópia da RG do Paciente,
- Cópia da RG do Responsável

Reconhecer firma do Paciente

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRÁSIO
CREMEC: 4078	UF: CE
End.: Av. Desembargador Moreira	
nº 2283	
Cidade: Fortaleza	UF: CE
Tel.: (85) 3244-2144 / 9985.8551	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Paciente: *Dez - On Umm*
Endereço: *Tram*
Prescrição:

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg *E 30* COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.
- FLANCOX 400 mg *2* CX
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g
APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: *03/12/18*

DE CLÁUDIO EUFRÁSIO
MÉDICO
CRM: 4078

32555056



Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo: P112212/2016

Dt. Abertura: 16/03/2016 - 12:23

Local Abertura: IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual: IJF/ARQUIVO - Arquivo

Tipo: - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto: - Administrativo Financeiro - - Solicitação De Laudo - declaração

Envolvido: Dieyme Queiroz Viana

Observação: SOL. DA CÓPIA DA RAE ORIGINAL

Folhas: 1

Anexos: 0

Investprey Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 16/03/2016 - 12:23

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em ____/____/____ no posto

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

SENTAR

PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS

ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS

ELEVAR MEMBRO INFERIOR

DOBRAR O JOELHO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

NÃO PISAR

USAR MOLETAS

NÃO ANDAR

USAR TIPÓIA () DIAS

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170.002 - Fortaleza-CE

PABX: (85) 3244-2144 - FAX: (85) 3224-7225

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada.

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Documentação necessária:

- Cópia da RG do Paciente,
- Cópia da RG do Responsável

Reconhecer firma do Paciente

Assinatura do paciente

INFORMAÇÕES:

1- Se tiver pressão alta, verificar antes

de realizar a fisioterapia.

2 – Não realizar fisioterapia:

✓ Estiver com febre

✓ Com pressão acima de 140x90.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI-CE.

SETOR FISIOTERAPIA PSF SEDE

Nº 836 Data: 28/03/16

Nome: Dilayne Queiroz

Diagnóstico: Fract. de fêmur n
+ Fract. de cotovelo

CID: S 728 10302050019
19-12-87

Nº Cartão SUS: 8980048 4306
2881

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

01	28.03.16	14	04.05.16
02	29.03.16	15	05.05.16
03	04.04.16	16	10.05.16
04	06.04.16	17	11.05.16
05	07.04.16	18	18.05.16
06	13.04.16	19	
07	18.04.16	20	
08	19.04.16	21	
09	20.04.16	22	
10	25.04.16	23	
11	26.04.16	24	
12	27.04.16	25	
13	28.05.16	26	

27		40	
28		41	
29		42	
30		43	
31		44	
32		45	
33		46	
34		47	
35		48	
36		49	
37		50	
38		51	
39		52	



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225

e mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE COPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada
Fortaleza, ____ de _____ de _____

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Documentação necessária:
* Cópia do RG do Paciente,
* Cópia do RCT do Responsável

Assinatura do paciente



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: **CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES**

EUFRÁSIO

CREMEC: **4078**

UF: **CE**

End.: **Av. Desembargador Moreira**

nº 2283

Cidade: **Fortaleza**

UF: **CE**

Tel.: **(85) 3244-2144 / 99985.8551**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Tel.:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg 30 COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.

- FLANCOX 400 mg 2 CX
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g 2 TUBOS
APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: 13/06/19

Paciente:

Diagnóstico:

Cirurgia:

Data: 10/06/19

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 25/06/19 no posto

<input type="checkbox"/>	SENTAR
<input type="checkbox"/>	PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
<input type="checkbox"/>	ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	ELEVAR MEMBRO INFERIOR
<input checked="" type="checkbox"/>	DOBRAR O JOELHO

<input type="checkbox"/>	NÃO PISAR
<input checked="" type="checkbox"/>	USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/>	NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/>	USAR TIPÓIA () DIAS

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: 14/06/19 Hora: 7:30 Dia: / / Hora: : :

Dia: / / Hora: : : Dia: / / Hora: : :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 60170-002 - Fortaleza-CE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo: CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES	
EUFRÁSIO	
CREMEC: 4078	UF: CE
End.: Av. Desembargador Moreira	
nº 2283	
Cidade: Fortaleza	UF: CE
Tel.: (85) 3244-2144 / 9985.8551	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Dez - 01 - 2019
Tram -

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg *E 30*

1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.

- FLANCOX 400 mg *2*

1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g.....

APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

COMPRIMIDOS

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data:

03/12/14

DR. CLAUDIO EUFRASIO
CRM: 4078

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 25/01/2018 01:32:42

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 899004843062681	NOME: DIEYME QUEIROZ VIANA	Registro: 5422855
CPF: 02583899317	RG:	D. NASC: 09/12/1987
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
NOME DA MÃE: SILVANIZA SOUTO QUEIROZ	NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO	RAÇA/COR:
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: EDUARDO BENTO	Nº S/N
		BAIRRO: ALTO DO SAO FRANCISCO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 33152425	MUNICÍPIO: TRAIRI
		UF: CE
		CEP: 62600-000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: AMB/DE SAO GONCALO DO AMARANTE	PARENTESCO:	TELEFONE: 33152425
--------------------------------------	-------------	--------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um carro, pickup/caminhonete.

QUEIXAS: COLISÃO CARRO X CAMINHÃO, TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO. GLASGOW 12

OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACOABDOMINAL. HISTÓRIA DISCORDANTE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	----------------------------------------------

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROTOCOLO - 101
INATIVADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 16/01/2018
MATRÍCULA
Eduardo Moreira
SERVIDORIA



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que DIEYME QUEIROZ VIANA deu entrada neste Hospital no dia 25/01/16, Prontuário N.º 159.118, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO ÚMERO DIREITO CID S 42.3 + FRATURA DO COTOVELO DIREITO CID S 52.0 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 03/02/16, retornou dia 06/06/16 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do fêmur direito CID S 72.3, recebeu alta hospitalar dia 13/06/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza, 17 de agosto de 2016.

 SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS-LTD
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Layanne Aparecida S. da Silva
Mat: 12.273 - Auxiliar SAME



GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
FAZENDO MAIS E MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva



HOSPITAL GERAL DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
LUIZA ALCÂNTARA
E SILVA

BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						FICHA Nº:	
NOME: <u>Dieyma Queiroz Viana</u>					DATA: <u>24.01.16</u>	HORÁRIO: <u>22:00</u>	
DN: <u>9/11/1987</u>	IDADE: <u>28A</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	SEXO: <input type="radio"/> FEM <input checked="" type="radio"/> MASC	CNS: <u>893.002843062881</u>	DOCUMENTO: <u>200.2077025644</u>		
NOME DA MÃE: <u>Silvaniza Couto Queiroz</u>				EST. CIVIL: <u>Casado</u>	PROFISSÃO:	TELEFONE:	
ENDEREÇO: <u>R. Eduardo Berto</u>			NUM: <u>5N</u>	BAIRRO: <u>Trairi</u>	CIDADE/UF:		
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO2(%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	
						ESCALA DE DOR: 0 2 4 6 8 10	
VERMELHA EMERGÊNCIA 5 min		LARANJA MUITO URGENTE 20 min		AMARELA URGENTE 60 min		AZUL NÃO URGENTE 240 min	
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:				1ª CLASSIFICAÇÃO: ___ h ___ min por			
				RECLASSIFICAÇÃO: ___ h ___ min por			
ALERGIAS:				23 JAN 2019			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO:				HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
Pct. 28a; S. vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mmHg Trauma abdominal fechado.				Politr. com provável fratura de Úmero D.			
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
	Encaminhamento à Traumatologia.						
<div>Dr. Wagner Filgueiras Médico CREMESP 12499</div>							
ASSINATURA/CARIMBO							
<input type="checkbox"/> ALTA MELHORADA <input type="checkbox"/> ALTA A PEDIDO/EVASÃO <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: <input type="checkbox"/> ÓBITO DATA/HORA:							



GOVERNO DE
**SÃO GONÇALO
DO AMARANTE**
FAZENDO MAIS E MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva



HOSPITAL GERAL DE
**SÃO GONÇALO
DO AMARANTE**
LUIZA ALCÂNTARA
E SILVA

BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL:

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE/EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA/CARIMBO

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5422855

NOME: DIEYME QUEIROZ VIANA

DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1987

PAI: GEOVAR ALVES VIANA

MÃE: SILVANIZA SOUTO QUEIROZ

DATA DE ATENDIMENTO: 25/01/2016

DATA SAÍDA: 25/01/2016

MOTIVO: PACIENTE COM RELATO DE VÍTIMA DE COLISÃO FRONTAL DE AUTOMÓVEL COM FRATURA DE ÚMERO (COTOVELO) E FÊMUR, AMBOS À DIREITA.

PACIENTE FOI ESTABILIZADO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O PSA (HOSPITAL DE APOIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 15/04/2016 (FRED/P).

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Frederico Cesar S. Leitão
CRM 4127-SAME-UF

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que DIEYME QUEIROZ VIANA deu entrada neste Hospital no dia 25/01/16, Prontuário N.º 159.118, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO ÚMERO DIREITO CID S 42.3 + FRATURA DO COTOVELO DIREITO CID S 52.0 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 03/02/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades sem previsão de alta médica definitiva.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza, 16 de março de 2016.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
20770-001-93

Layanne Saraiva
MAT: 11.73 - AUXILIAR SAME



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225

e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Documentação necessária:

- Cópia da RG do Paciente,
- Cópia da RG do Responsável

Assinatura do paciente

Reconhecer firma do Paciente



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRÁSIO
CREMEC: 4078	UF: CE
End.: Av. Desembargador Moreira	
nº 2283	
Cidade: Fortaleza	UF: CE
Tel.: (85) 3244-2144 / 9985.8551	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Paciente: *Dez - 0 - 11*
Endereço: *Tram*
Prescrição:

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg *E 30* COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.
- FLANCOX 400 mg *2* CX
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g
APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: *03/12/18*

DE CLÁUDIO EUFRÁSIO
MÉDICO
CRM: 4078

32555056



Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo: P112212/2016

Dt. Abertura: 16/03/2016 - 12:23

Local Abertura: IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual: IJF/ARQUIVO - Arquivo

Tipo: - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto: - Administrativo Financeiro - - Solicitação De Laudo - declaração

Envolvido: Dieyme Queiroz Viana

Observação: SOL. DA CÓPIA DA RAE ORIGINAL

Folhas: 1

Anexos: 0

Investprey Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 16/03/2016 - 12:23

16/03/2016 12:26

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em ____/____/____ no posto

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

SENTAR

PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS

ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS

ELEVAR MEMBRO INFERIOR

DOBRAR O JOELHO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

NÃO PISAR

USAR MOLETAS

NÃO ANDAR

USAR TIPÓIA () DIAS

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170.002 - Fortaleza-CE

PABX: (85) 3244-2144 - FAX: (85) 3224-7225

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Documentação necessária:

- Cópia da RG do Paciente,
- Cópia da RG do Responsável

Reconhecer firma do Paciente

Assinatura do paciente

INFORMAÇÕES:

1- Se tiver pressão alta, verificar antes

de realizar a fisioterapia.

2 – Não realizar fisioterapia:

✓ Estiver com febre

✓ Com pressão acima de 140x90.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI-CE.

SETOR FISIOTERAPIA PSF SEDE

Nº 836 Data: 28/03/16

Nome: Dielyne Queiroz

Diagnóstico: Fract. de fêmur n

+ Fract. de cotovelo

CID: S 728 10302050019

19-12-87

Nº Cartão SUS: 8980048 4306

2881

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

01	28.03.16	14	04.05.16
02	01.04.16	15	05.05.16
03	04.04.16	16	10.05.16
04	06.04.16	17	11.05.16
05	07.04.16	18	18.05.16
06	13.04.16	19	
07	18.04.16	20	
08	19.04.16	21	
09	20.04.16	22	
10	25.04.16	23	
11	26.04.16	24	
12	27.04.16	25	
13	28.05.16	26	

27		40	
28		41	
29		42	
30		43	
31		44	
32		45	
33		46	
34		47	
35		48	
36		49	
37		50	
38		51	
39		52	



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225

e mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

SOLICITAÇÃO DE COPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____
portador do RG _____ solicito ao PSA, a cópia do meu
prontuário médico Nº _____, onde estive internado neste hospital, no dia
____/____/____.

Autorizo _____
portador do RG _____ receber a documentação acima solicitada
Fortaleza, ____ de _____ de _____

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do paciente

Documentação necessária:
* Cópia do RG do Paciente,
* Cópia do RCT do Responsável



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: **CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES**

EUFRÁSIO

CREMEC: **4078**

UF: **CE**

End.: **Av. Desembargador Moreira**

nº 2283

Cidade: **Fortaleza**

UF: **CE**

Tel.: **(85) 3244-2144 / 99985.8551**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Tel.:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg 30 COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.

- FLANCOX 400 mg 2 CX
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g 2 TUBOS
APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: 13/06/19

Paciente:

Diagnóstico:

Cirurgia:

Data: 10/06/19

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 25/06/19 no posto

<input type="checkbox"/>	SENTAR
<input type="checkbox"/>	PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
<input type="checkbox"/>	ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	ELEVAR MEMBRO INFERIOR
<input checked="" type="checkbox"/>	DOBRAR O JOELHO

<input type="checkbox"/>	NÃO PISAR
<input type="checkbox"/>	USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/>	NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/>	USAR TIPÓIA () DIAS

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: 14/06/19 Hora: 7:30 Dia: / / Hora: : :

Dia: / / Hora: : : Dia: / / Hora: : :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 60170-002 - Fortaleza-CE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo: CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES	
EUFRÁSIO	
CREMEC: 4078	UF: CE
End.: Av. Desembargador Moreira	
nº 2283	
Cidade: Fortaleza	UF: CE
Tel.: (85) 3244-2144 / 9985.8551	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Paciente: *Dez...*
Endereço: *Tram...*
Prescrição:

Uso oral

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg *E 30* COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.
- FLANCOX 400 mg *2* CX
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

Uso externo

- FITOSCAR 20 g TUBOS
APLICAR NOS CURATIVOS

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: *03/12/14*

DR. CLAUDIO FERNANDES
CRM: 4078

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
DIEYME QUEIROZ VIANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2062027025699 SSP CE

CPF
025.838.993-17 DATA NASCIMENTO
09/12/1987

RENÇÃO
GEOVAR ALVES VIANA
HILVANIEZA SCOTO
QUEIROZ

FORMAÇÃO
ACD CATEGORIA
A

Nº MODELO
62758-67340 PLACA
18/03/2014 DATA DE EMISSÃO
24/11/2007

CATEGORIA

SEM OBSERVAÇÃO

Dieyme Queiroz Viana
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ITAPIPOCA, CE DATA DE VÁLIDA
10/03/2014

63954164468
CE140554203

903761650

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDO PLASTIFICAR

DENVER

DETRAN - CE Nº 011828108329
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DÉTRAN - CE
Nº 011828108329
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

-VA-	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PM 01	00132342270	0000000000	2015

EDRA SALES PIANO CARD NO. NAME

THEO. DO. CURU
SAD. LUIS. DO. SANTI. DO.

CPF / CNPJ 0955441304 PLACA HBY2217/CE

PLACANT / UF	CHASSI
98W6B03W397119603	

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
/AUTOMOVIL/MAD APB EC	GAS/M/C/GN

MARCA / MODELO	ANO FABR	ANO MOD.
PARATI 1.6	2007	2007

CAP / POT / CL	CATEGORIA	DOR PREDOMINANTE
103CV/1396CC	PARILLO	FRANCE

— COTA ÚNICA —	— VENG. COTA ÚNICA —	— VENG. COTAS —
1000/1000	1000/1000	1000/1000

2	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2
---	-------------	----------------------	---

CO	TARIFÁRIO (R\$)	---	KCF (R\$)	---	PRÊMIO TOTAL (R\$)	---	DATA DE PAGAMENTO
----	-----------------	-----	-----------	-----	--------------------	-----	-------------------

12178479	OBSERVATIONS	12178479
----------	--------------	----------

LOCAL DATA

Igor Ponte

[illegible]


 AUTHENTICATED
 NO. CS 300897

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

CE Nº 011828108329 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 14/03/2015

VIA	CHF / CNP	PLACA
01	49554441304	NOV-2013

0013284210	HENAYAM	MARCA / MODELO
		VW / FARI 1.6

AND FAX	CALLER	IN CHARGE
2008	01	9RUGEO SUI39M119493

ΠΡΕΜΙΟ ΤΑΠΕΛΥΡΙΟ

FMS (R\$)	DEVIATION (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
45,5	5,06	50,56

CUSTO DO PROJETO (R\$)	COT. (R\$)	VALOR A SER PAGADO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUOTAÇÃO
-----------	------------------

SECIDIPORAD I JNEP

CNPJ 09.340.609/0001-04
www.seguradora.com.br

02062
Invest
2
CNPJ
MOTOR: BMX157530

prev S
B JA
42.3

Figura 2.30

dora
019
/000

S/A
-28

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027606/19

Vítima: DIEYME QUEIROZ VIANA

CPF: 025.838.993-17

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 24/01/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEYME QUEIROZ VIANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DIEYME QUEIROZ VIANA : 025.838.993-17

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: 23/01/2019
Nome: DIEYME QUEIROZ VIANA
CPF: 025.838.993-17

DIEYME QUEIROZ VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva