

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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 de 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:

TRAIARI

Estado:

CE

E-mail:

ADRIANOPINHEIRO.ADV@GMAIL.COM

CEP:

62690-000

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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):

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Vivos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: TRAIARI - CE 23/01/2015

Nome: DIEYME QUEIROZ VIANA

CPF: 025.838.993-17

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

- 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito 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 SAO GONCALO DO AMARANTE



Impresso nº 201918050

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

**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**

**ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL  
 DPM DELEGACIA DE POLÍCIA METROPOLITANA  
 DELEGACIA METROPOLITANA DE SAO GONCALO DO AMARANTE  
 RUA DA LIBERDADE, 84 - PALESTINA - SAO GONCALO DO AMARANTE/CE - TEL: 3315-4502

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: **SAO 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: **COLISAO**

**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 contrário 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 SAO GONCALO DO AMARANTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**AGENCIASON DE AZEVEDO PRADO - MAT.: 198301-1-X**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Diegme Queiroz Viana*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**



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

Impresso nº 201918050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 548 - 73 / 2019

EDUARDO COUTINHO DO RÉGO - 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 SAO GONCALO DO AMARANTE

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO N° 548 - 00031/2016

Aos 25 dia(s) do mês de FEVEREIRO de 2016, nesta cidade de SAO GONCALO 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 CÓRREGO, CÓRREGO, TRAIRI-CE, telefone 85998564244. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE: da suas declarações na presença de seu Advogado Dr. Lindenaldo Martins Nogueira, OAB/CE nº 27.796, relatando o que adiante se segue:  
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 Epifânia(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



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO N° 548 - 00031/2016

velocidade? Respondeu que o PIPÍ não gostava de correr! E principalmente chovendo; Perguntado se o motorista da Parati PEDRO EPIFÂNCIA, 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 Pentacoste. 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: *José Pedro Martins Nogueira - OAB/CE 27.796*

Lidiano Martins Nogueira  
ADVOGADO  
OAB/CE 27796

ESCRIVÃ (O) : \_\_\_\_\_



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO N° 548 - 00031/2016

Aos 25 dia(s) do mês de FEVEREIRO de 2016, nesta cidade de SAO GONCALO 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 VIANA SILVANIZA SOLTO QUEIROZ, nascido(a) em 09/12/1987, natural de TRAIRI/CE, residente a R CÓRREGO, CÓRREGO, TRAIRI-CE, telefone 85998564244. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE fez declarações na presença de seu Advogado Dr. Lindenaldo Martins Nogueira, OAB/CE nº 27.796, relatando o que adiante segue:  
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 Epifânia(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 sabem 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: 42.360.302/0001-28

LINDENALDO MARTINS NOGUEIRA  
ADVOGADO  
OAB/CE 27.796



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

TERMO DE DECLARAÇÃO

INQUERITO N° 548 - 00031/2016

velocidade? Respondeu que o PIPI não gostava de correr! E principalmente chovendo; Perguntado ao depoente se o motorista da Parati PEDRO EPIFÂNCIA, 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 naquele dia 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.

Investiprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DELEGADO (A) : \_\_\_\_\_

DECLARANTE : \_\_\_\_\_

Advogado: *José Roberto Martinho Neto - OAB/CE 22.796*

ESCRIVÃO : \_\_\_\_\_

*Lidiano Matos Júnior  
ADVOCADO  
OAB/CE 27796*

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

OCORRÊNCIA: 83434034

Comunicação: C1979062

Encerrada

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V2/NQY-2213

Nome/Apelido: PEDRO EPIFANIO CIPRIANO NOGUEIRA

Data de Nascimento: [ ] Sexo: Masculino Estado Civil: [ ]

Nome do Pai: [ ]

Nome da Mãe: ALIA MARIA NOGUEIRA CIPRIANO

Endereço: RUA PEDRO EPIFANIO - CENTRO

Município/UF: SAO LUIS DO CURU/CE

Telefone(s): [ ]

Nacionalidade: BRASIL

Estado Civil: [ ]

Documentos de Identificação: [ ]

Destino: [ ]

CPF: 407.665.823-04

Dirigia: [ ]

Estado Físico: Morto

Existente Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração: [ ]

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

CEP: [ ]

Grau de Instrução: Não Informado

Ocupação Principal: [ ]

Orgão Expedidor: [ ]

Horas Dirigindo: Ignorado

Próxima Habilitação: 17/02/1998

Validade CNH: 03/09/2019 País CNH: [ ]

Dormia? Não Km Percorridos: [ ]

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: [ ]

Informações Complementares: [ ]

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: [ ]

Documento do Responsável: [ ]

Município/UF: SAO GONCALO DO AMARANTE/CE Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento: [ ]

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 Envolvedo: Passageiro Veículo V2/NQY-2213 /

Nome/Apelido: LEVI PINHO BARROSO Sexo: Masculino Data de: 13/12/1995

Nome do Pai: GIDEAO MOREIRA BARROSO

Nome da Mãe: ANTONIA CHIRLEY PINHO BARROSO

Endereço: RUA RACHEL MOREIRA CEP: [ ]

Município/UF: SAO LUIS DO CURU/CE Naturalidade: [ ] Nacionalidade: BRASIL

CPF: 084.231.573-67 Documento de Identificação: 2006098122657 Orgão Expedidor: SSP/CE Telefones: [ ]

Estado Civil: Não informado Grau de Instrução: Não Informado

Origem: [ ] Destino: [ ]

Ocupação Principal: [ ] Usava Capacete? Não Aplicável

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

Existente Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração: [ ]

Pertences: [ ]

Informações Complementares: [ ]

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: [ ]

Documento do Responsável: [ ]

Município/UF: SAO GONCALO 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 22:46:13

e3c7e2b63d208c18

NÚMERO DE CONTROLE:

Autenticação: "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: <input type="checkbox"/> Passageiro <input checked="" type="checkbox"/> Veículo	V2/NQY-2213 /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	Data de:
Nome/Apelido: Luciano			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Endereço:		CEP:	
Município/UF:	Naturalidade:	Nacionalidade:	BRASIL
CPF:	Documento de Identificação:	Orgão Expedidor:	Telefones
Estado Civil:	Grau de Instrução:		
Ocupação Principal:			
Estado Físico: <input type="checkbox"/> Lesões Graves	<input type="checkbox"/> Socorrido pela PRF? <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Usava Cinto? <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Destino: <input type="checkbox"/> Usava Capacete? <input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? <input type="checkbox"/> Não			
Transcrição da Declaração:			

Pertences:

**Informações Complementares:**

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

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOEVIDO**

Tipo de Receptor:		Responsável pela Recepção:	Investprev Seguradora S/A
<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Responsável	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	23 JAN 2019	
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância do SAMU de Croatá para o IUF de Fortaleza.		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: e3c7e2b53d406c18



**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:	V2NQY-2213
Nome/Apelido:		ANTONIO JUNIOR OLIVEIRA MESQUITA	
Sexo:		Masculino	Data de
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Endereço:			
Município/UF:	Naturalidade:	Nacionalidade:	CEP:
CPF: 041.860.183-67	Documento de Identificação:	Orgão Expedidor:	Telefones
Estado Civil:	Grau de Instrução:	Origem:	Destino:
Ocupação Principal:			
Estado Físico: Lesões Graves		Socorrido pela PRF? Não	Usava Cinto? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não		Usava Capacete? Não Aplicável	

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

## ENCAMINHAMENTO DO ENVIADO:

Tipo de Receptor:	SAMU	Responsável pela Recepção:	SOCORRISTA	Investprev Seguradora S/A
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 de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município			
				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/Apellido: JEYME QUEIROZ VIANA

Sexo: Masculino

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: rua eduardo bento s/n - Correia São Gonçalo - Trairi

CEP:

Município/UF:

Naturalidade:

Nacionalidade:

BRASIL

CPF: 025 838 983-17

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:

Investprev Seguradora S/A

Tipo de Receptor: SAMU

Responsável pela Recepção: SOCORRISTA

Documento do Responsável: 0

Data/Hora da Recepção (hora local):

23 JAN 2019

Município/UF: SÃO GONCALO DO AMARANTE/CE

Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento:

Passageiro socorrido pela ambulância de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município.

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:** C1979052  
**OCORRÊNCIA:** Encerrada

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

Veículo:	V2 / VW PARATI 1.6	Placa:	NQY-2213
Nome do Agente/Assinatura:	FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT:	83434034
Registro/Matricula do Agente:	1970860	Data:	24/01/2015 21:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			25	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	1	X		
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	1	X		
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				Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	86			
25	Painel Traseiro / divisor	1	X				Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	86			

Item	Descrição do componente	ITENS NÃO PONTUAVEIS		Total de pontos "SIM" + "NA":			
		SIM	NAO	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	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Para-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X	X				

**ANEXO 1 - CLASSIFICAÇÃO DO 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 a componente estiver dividida**

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

Se o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO. Se o componente já tiver sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

卷之三

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



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

**OCORRÊNCIA:** 8343411  
**Comunicação:** C197902  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerradas

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

VEÍCULO: J1 SCANIA P 250 6x2	Placa: OJA-7250
Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT: 83434374
Registro/Matricula do Agente: 1970860	Data: 24/01/2016 21:30

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	N/A
1	Cabine com avarias sistemáticas sem afetar coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	P	X		
2	Carenagem com avarias sistemáticas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avaria em para-lama(s) dianteiro(s) ou traseiro(s), porta-estepe, para-choque dianteiro ou perito lateral do chassis (se houver).	P	X		
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	M		X	
5	Carcasse com avarias na estrutura das laterais ou do telo (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes da união da base de 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	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torsional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com rachaduras, temporariamente afetada com dimensão menor ou igual a 3% do comprimento do chassis.	M		X	
14	Chassi com rachaduras permanentes na região da suspensão.	M		X	
15	Chassi com rachaduras temporariamente afetada com dimensão maior que 3% do comprimento do chassis.	M		X	
16	Um item individualmente implica em Dano de Pequena Monta.	G		X	
17	Dois ou mais items individualmente implica em Dano de Pequena Monta.	G		X	
18	Três ou mais items individualmente implica em Dano de Grande Monta.	G		X	

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Item	Descrição do componente	ITENS NÃO PONTUÁVEIS		Sim	Não
20	Rodapé(s).				
21	Paralama(s).				
22	Vidros laterais/traseiros.				
23	Revisor(es) externo(s) (direito e/ou esquerdo).				
24	Faróis.				
25	Lâmpadas (dianteiro(s), lateral, e/ou traseiro(s)).				
26	Carenagens.				
27	Lentes (lado(s)).				

**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 NAO.

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

SIM = item suficiente para assentir

NA = item não suficiente para assentir

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar

NA = item que não foi possível avaliar o dano. Não avaliar



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

OCORRÊNCIA: 83434034  
Comunicação: C1679042  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada.

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

Nº Ocorrência:	83434034	Placa:	NQY-2213
Nº do Agente/Assinatura:	FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT:	83434034
Registro Matriúlico do Agente:	19-0260	Data:	24/01/2016 21:50



Frente

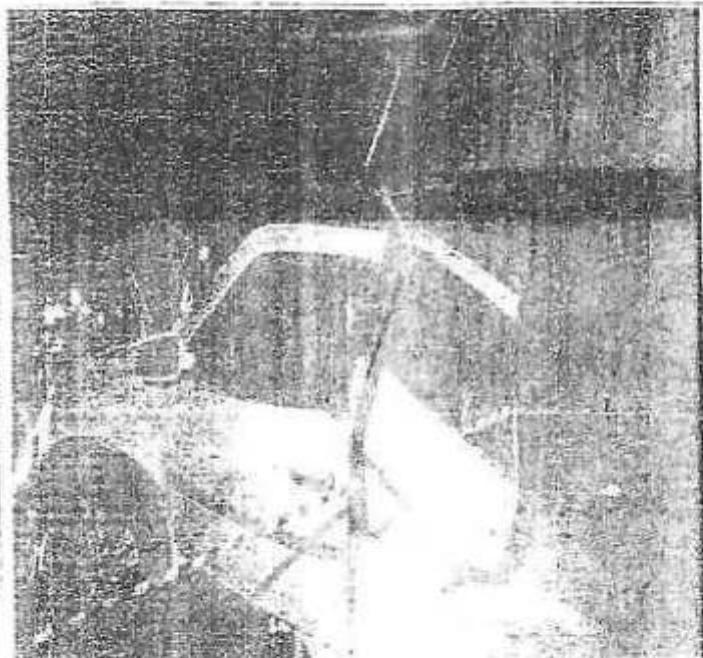


Lateral Esquerda

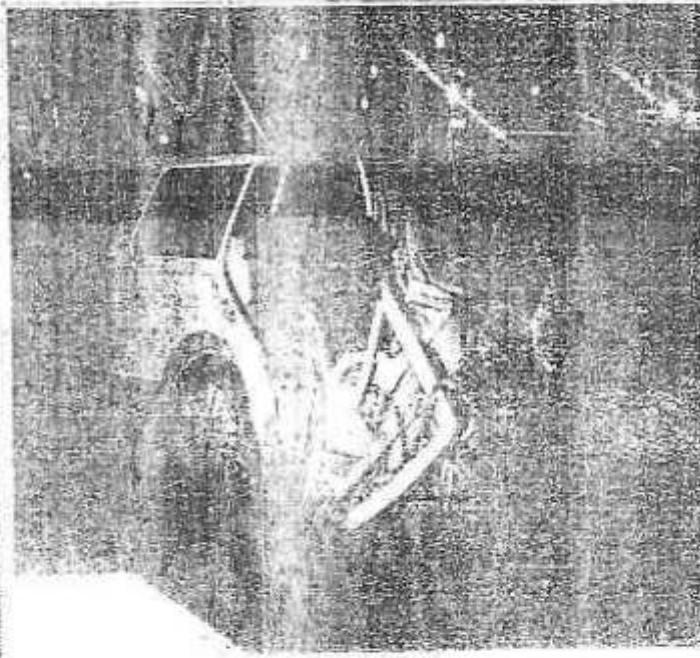
Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Lateral Direita



Traseira



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Trânsito Rodoviário Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

63434034

Comunicação:

C1979052

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

Encerrada

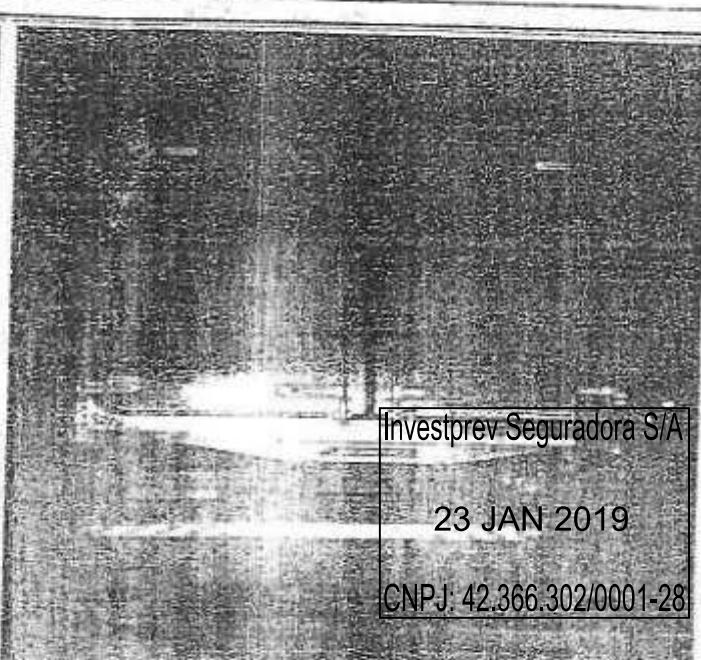
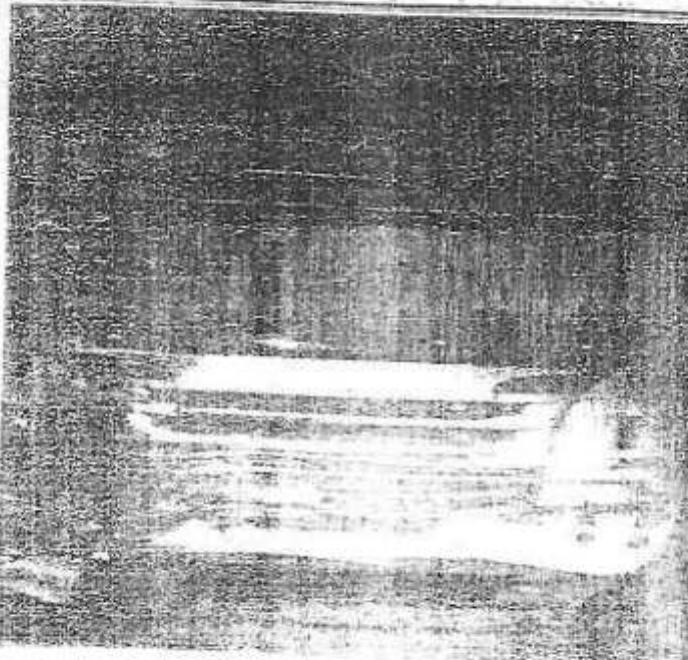
RELATÓRIO DE AVARIAS PAF - CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM FERROUJES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

VEÍCULO: SCANIA P 270 330  
Nome do Agente/Assinatura: R. PEREIRA SILVEIRA  
Registro/Matrícula do Agente: 10110000000000000000

Placa: OJA-7230

Nº BOAT: 83434034

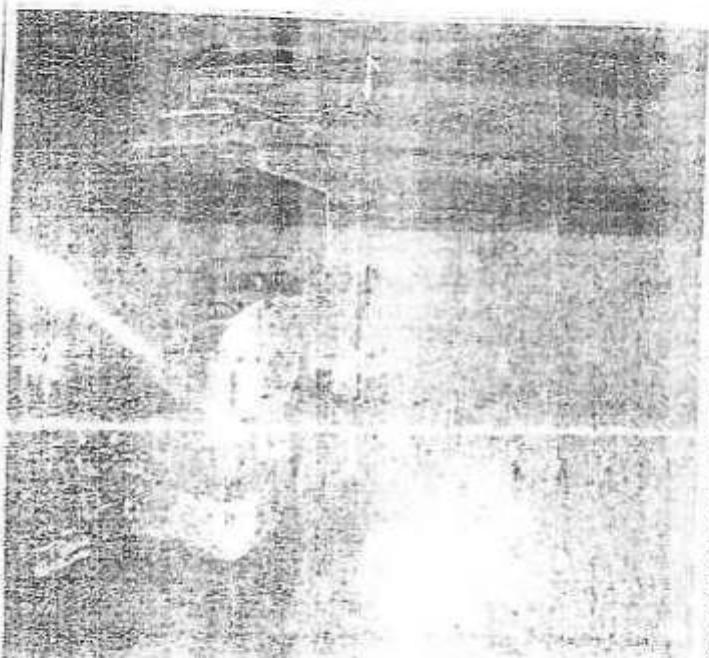
Data: 24/01/2016 21:30



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: NQV-2213
Nome do Agente/Assinatura: FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT: 83434034
Registro/Matrícula do Agente: 1970880	Data: 24/01/2016 21:30





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

OCORRÊNCIA:

83434034

Comunicação:

C19790621

Encerrada

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF	FELIPE PINHÓ SILVEIRA	Data/Hora do Acidente (hora local):	24/01/2016 21:30	BR:	222	KM:	5
Município/UF:	SAO GONCALO DO AMARANTE/CE	Tipo de Acidente:	Colisão frontal	Sentido da Via:			
Fase do dia:	Praia/litorânea	Condições da Pista:	Molhada	Restrições de Visibilidade:			
Sinalização existente:	Vertical/Horizontais	Sinalização luminosa:	Inexistente	Condição meteorológica:			
Houve danos ao patrimônio da União?	Não	Data e horário da solicitação:					
Houve solicitação de perícia?	Não	Data e horário do:					
A perícia compareceu ao local do sinistro?	Não						

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**Houve danos ao patrimônio de terceiros? **DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**Houve danos ao ambiente? **DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:****CONDICÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo:	Rua	Tipo de Localidade:	Não edificada	Investprev Seguradora S/A			
Existiu acostamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	Estado de Conservação:		Há desnível?	<input checked="" type="checkbox"/>	É pavimentado?	<input checked="" type="checkbox"/>
Possui defensa?		Possui meio-fio?		Possui sarjeta?		23 JAN 2019	
Existiu canteiro central?	<input checked="" type="checkbox"/>	Estado de Conservação:		Largura (m):	0	ONPJ: 42.366.302/0001-28	
Obstáculo ao Cruzamento:	Não informado			Estado de Conservação do Obstáculo.			
Faixa de Domínio - Estado de Conservação:	Regular	Ocupação:	Comércio				
Cerca:	Não	nesta	Pista de Rolamento - Estado de Conservação:	Regular	Tipo:	Simples	Qtd. de Faixas:
Tipo de Pavimento:	Asfalto		Perfil:		Traçado:	Reta	Curva Vertical:
Supradestrutura:	<input checked="" type="checkbox"/>	Largura da Pista (m):	0	Estreitamento:	Não Existe	Superelevação:	

**DETALHAMENTO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

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

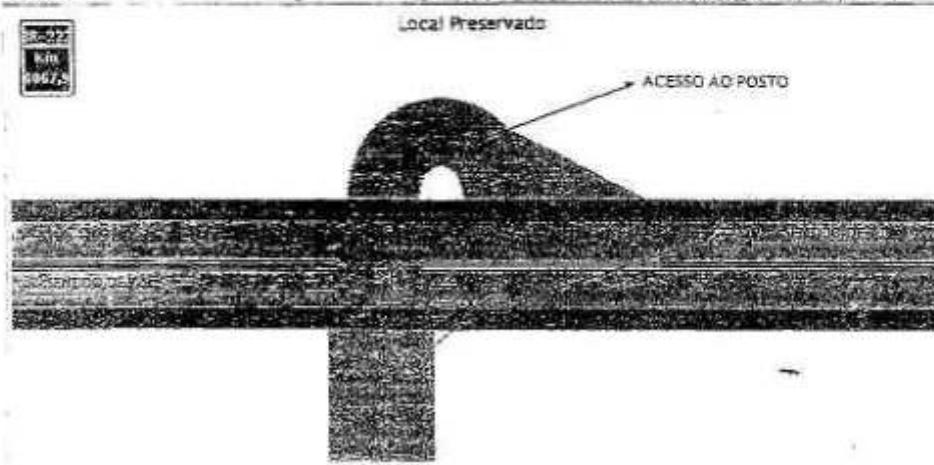
NÚMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



**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



## LEGENDA:

- Automóvel
- Trem
- Veículo Trator
- Conjunto
- Pedestre
- Objeto Fixo
- Ponto B
- Ponto A'
- Ponto P
- Ponto A
- Ponto C
- Antes da Colisão
- Ônibus
- Marca de Frenagem
- Animal
- Veículo Ausente
- Capotagem
- Réboque/Semi-reboque
- Caminhão
- Triângulo de Amarração
- Tombamento
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Incêndio
- Marcha à frente
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

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):

Investprev Seguradora S/A

VEÍCULO

P1

DISTÂNCIA P1-A (m)

DISTÂNCIA P1-B (m)

P2

DISTÂNCIA P2-A (m)

DISTÂNCIA P2-B (m)

28 JAN 2019

## Narrativa da Ocorrência:

Conforme a inspeção realizada no local do acidente e vestígios nos veículos e no pavimento, foi constatado que houve um colisão frontal entre V1, SCANIA P 260 BSX2, de placas NOY2213, em frente ao Posto Eucalipto que é situado Km 67,9 DA BR222 sentido crescente no município de São Gonçalo do Amarante. Verifica-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 transitou pela contramão da rodovia momento em que colidiu frontalmente com V2 que seguia no sentido contrário, Fortaleza/Sobral, conforme crachá. No acidente faleceram, o motorista e seu passageiro Pedro Epifânio Cipriano Naguera e Levi Pinho Barroso e os outros ocupantes de V2 foram socorridos gravemente ao hospital.

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NOY2213 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BSP6X200D3825272 Renavam: 00521422

Marca/Modelo: SCANIA P 260 BSX2 Cor: BRANCA Ano: 2013 Tipo: Caminhão Emplacamento: SÃO LUIS/MA

Ocupantes: Espécie: Carga Categoria: Aluguel

Proprietário: GRANDE SON DE CARNES LTDA CPF/CNPJ: 07 555 950-0301-21

Endereço: AV ALFA SALDANHA NR 100 CEP: 66 040 000

Município/UF:

Telefones:

## COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: FPE - FORTALEZA - BRASIL Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL

## CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Freve 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?

Marcas de Frenagem (m):

Estado dos Pneus: Bom

## Descrição do Recolhimento:

## DADOS DA CARGA

Carregamento: Cereja Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Nesa Moeda: Real-ES

Valor Total da Carga: R\$130.000,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga: cereja

## 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:** C1979062  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: PR-271 Sequencial: 72 Descrição: Chassi: SBWGB05W39P119693 Renavam: 00132842275  
Marca/Modelo: VITARA 1.6 Cor: BRANCA Ano: 2008 Tipo: Automóvel Emplacamento: SAC LUIS DO CURU/CE  
Ocupantes: 1 Espécie: Particular Categoria: Particular  
Proprietário: ELTON SALES PINHO CARLOTO CPF/CNPJ: 499.544.413-04  
Endereço: RUA DO CEMITÉRIO 29885 CEP: 57.665-000  
Município/UF: Telefones:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1 Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: SP-45 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-Brasil  
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: Investprev Seguradora S/A  
Responsável pela Recepção:  
Documento do Responsável:  
Município/UF: Descrição do Encaminhamento: 23 JAN 2019

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: PR-QAT-720 CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Enderço: R. ANDRADE CASA 10 - RESIDENCIAL ARAUÁIA CEP: 57.665-000  
Município/UF: TERESINA/PI Telefones: 88999324209 Grau de Instrução: Não Informado  
Naturalidade: BRASIL Ocupação Principal: MOTORISTA PROFESSOAL  
CPF: 446.382.111-53 Documento de Identificação: 1169938 Orgão Expedidor: SSP /PI

Origem: IMPERATRIZ/MA - BRASIL Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL  
Estado Físico: Bem Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

**Transcrição da Declaração:**

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AE Registro CNH: 01351349954/PI Primeira Habilitação: 25/09/1997  
Validade CNH: 23/08/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: 15:00

**Pertences:**

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  
**NUMERO 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: V2NOY-2213

Nome/Apelido: PEDRO EPIFANIO CIPRIANO NOGUEIRA

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

Nome do Pai:

Nome da Mãe: A LIMA ANDRAZ NOGUEIRA CIPRIANO

Endereço: RUA PEDRO EP.FANIO - CENTRO

Município/UF: SÃO LUIS DO CUIABÁ/CE

Telefones:

Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade:

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 311.455.212-02

Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Origem:

Destino:

Estado Físico:

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor e Habilidado? Sim

Validade CNH: 01/09/2012

Pertences:

Informações Complementares:

## ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IMI/OML

Documento do Responsável: 0

Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE

Descrição do

Corpo foi liberado após a perícia da Polícia Forense ao carro do IMI.

Responsável pela Recepção: Perito

País CNH:

Registro CNH: 00554346215/CE

Dormia? Não

Km Percorridos:

Primeira Habilitação: 17/02/1998

Horas Dirigindo: Ignorado

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2NOY-2213 /

Nome/Apelido: LEVI PINHO BARROSO

Sexo: Masculino Data de

13/12/1968

Nome do Pai: JOSÉ ADON MOREIRA BARROSO

Nome da Mãe: ANTONIA CHIRLEY PINHO BARROSO

Endereço: RUA RACHEL MOREIRA

Município/UF: SÃO LUIS DO CUIABÁ/CE

CPF: 034.231.573-87

Naturalidade:

Nacionalidade:

BRASIL

Telefones:

Documento de Identificação: 2005098122657

Orgão Expedidor: SSP/CE

Estado Civil: Não Informado

Grau de Instrução: Não Informado

Origem:

Destino:

Ocupação Principal:

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: IMI/OML

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 IMI.

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: V2NQY-2213 | Sexo: Masculino | Data de:

Nome/Apelido: Nome do Pai: Nome da Mae: Endereço: Município/UF: CPF: Naturalidade: Nacionalidade: 

BRASIL

Telefones: Estado Civil: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Grau de Instrução: Destino: Ocupação Principal: Origem: Usava Capacete? Estado Físico: Existe Declaração em Anexo? Socorrido pela PRF?  Não  Usava Cinto?  IgnoradoUsava Capacete?  Não AplicávelTranscrição da Declaração: 

## Pertences

## Informações Complementares:

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

## ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU

Documento do Responsável: 

Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE

Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância do SAMU de Croatá para o IUF de Fortaleza.

Responsável pela Recepção: SOCORRISTA

Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2016 22:46:13

Motivo: Socorro

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/Apellido: ANTONIO JUNIOR OLIVEIRA MESQUITA		Sexo: Masculino	Data de	
Nome do Pa:				
Nome da Mãe:				
Endereço:				
Município/UF:	Naturalidade:	Nacionalidade:	CEP:	
CPF: 411.518.183-11	Documento de Identificação:	Orgão Expedidor:	BRASIL	Telefones
Estado Civil:	Grau de Instrução:	Origem:	Destino:	
Ocupação Principal:	Socorrido pela PRF? Não	Usava Cinto? Ignorado	Usava Capacete?	Não Aplicável
Estado Físico: Les Gravas	Existe Declaração em Anexo? Não			
Transcrição da Declaração:				

Pertences:

Informações Complementares:

## ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU	Responsável pela Recepção: SOCORRISTA	Investprev Seguradora S/A
Documento do Responsável: 0	Data/Hora da Recepção (hora local): 24/01/2016 22:46:13	23 JAN 2019
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE	Motivo: Socorro	CNPJ: 42.366.302/0001-28
Descrição do Encaminhamento: Passageiro socorrido pela ambulância de São Gonçalo do Amarante para o hospital do município		

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: V2NQY-2213

Nome Apelido: CLEMÉS CLEIPOZ VIANA

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: Jardim São Bernardo - Correia São Gonçalo - Trairi

CEP:

Município/UF:

Naturalidade:

Nacionalidade:

BRASIL

CPF: 13.439.925-11

Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Telefones:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Ocupação Principal:

Estado Físico: Lesões Graves

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Origem:

Destino:

Pertences:

Informações Complementares:

## ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU

Responsável pela Recepção: SOCORRISTA

Investprev Seguradora S/A

Documento do Responsável: 0

Data/Hora da Recepção (hora local): 24

23 JAN 2019

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

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

**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/Matricula do Agente: 1970860

Data: 24/01/2015 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	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				
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	1	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito				
17	Coluna central externa esquerda	3	X			42	Porta dianteira direita	3	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	1	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			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	86			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
							Total de pontos "SIM" + "NA":	86			

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Item	Descrição do componente	ITENS NÃO PONTUAVEIS			Item	Descrição do componente	SIM	NAO
		SIM	NAO	ITENS NÃO PONTUAVEIS				
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	Vitros 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.

\* "X" = item 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

NUMERO DE CONTROLE: e3c7e2b53d208c18



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

Nome:	Placa:	NQY-4212
FELIPE PINHO SILVEIRA	Nº BOAT:	63436004
tel: 1970860	Data:	24/01/2019 21:30



Frente

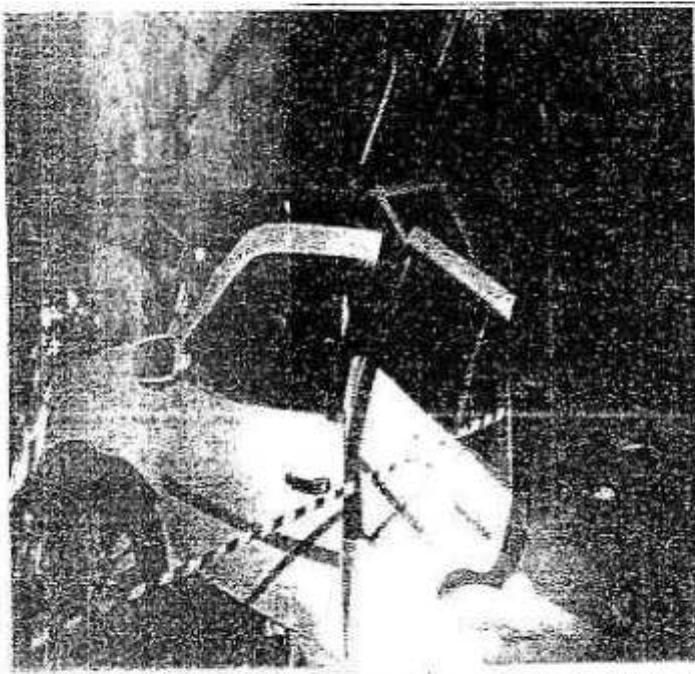


Traseira

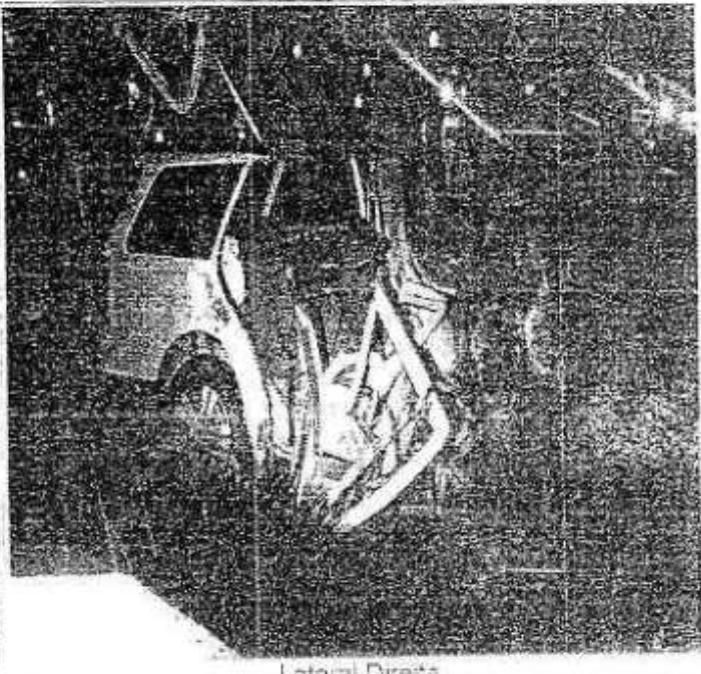
Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPL 42366302/0001-28



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

ACESSO NA INTERNET: <http://www.dprf.sp.gov.br>

01/02/2019 22:49:10  
e3cfa2b531068012

RIO DA JUSTIÇA  
do de Polícia Rodoviária Federal  
informações Operacionais  
ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA

Comunicação

\* STATUS DA OCORRÊNCIA

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

50 96X2

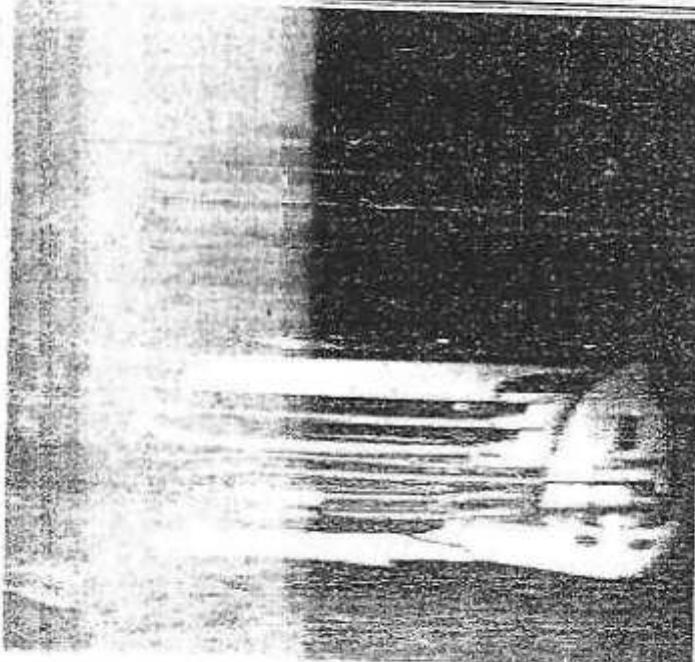
Placa: Q/A-7230

FEIJPE PINHO SILVEIRA

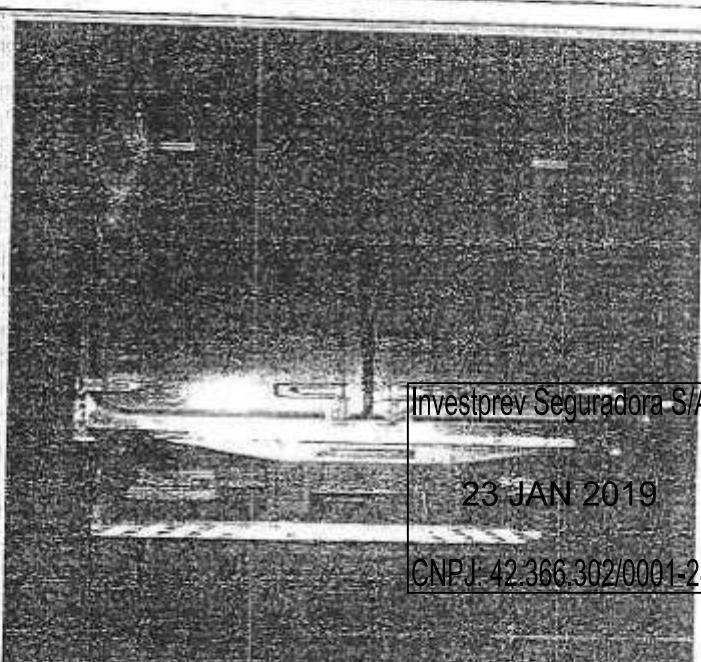
Nº BOAT: 83434324

tel: 1870880

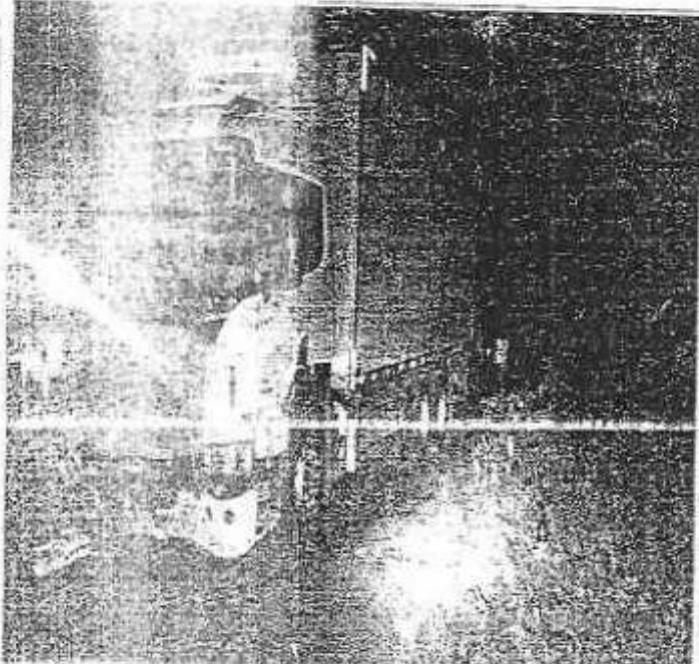
Data: 24/01/2019 21:21



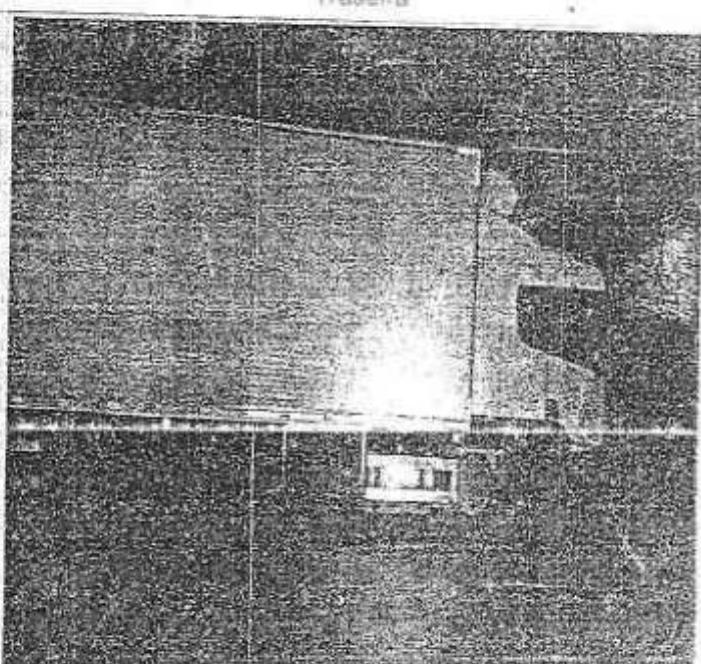
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

ACEDER NA INTERNET: <http://www.mj.tj.br>

ATENDIMENTO 24 HORAS

0800-2655121 3210



**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	Data/Hora do Acidente (hora local): 24/01/2016 21:30	BR: 222	KM: 67,8
Município/UF: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE	Type 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	Data e horário da solicitação:		
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não	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:**

**CONDICÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Rural	Type de Localidade: Não edificada	Investprev Seguradora S/A		
Existe acostamento? Não	Estado de Conservação:	Há desnível? Não	É pavimentado? Não	Largura (m): 10
Possui defensa?	Possui meio-fio?	Possui sarjeta?	23 JAN 2019	
Existe canteiro central? Não	Estado de Conservação:	Largura (m): 0	Tipo de Inclinação:	
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado	Estado de Conservação do Obstáculo			
Falsa de Domínio - Estado de Conservação: Regular	Ocupação: Comercio	CNPJ: 42.366.302/0001-28		
Cerca: Não existe	Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular	Tipo: Simples	Qtd. de Faixas:	
Tipo de Pavimento: Asfalto	Perfil:	Traçado: Reto	Curva Vertical: Lombarda	Superestrutura: Não
Superlargura: Não	Largura da Pista (m): 0	Estreitamento: Não Existe		

**TEXTO INSCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**



**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

2001  
MAY 2016

Local Preservado

ACesso à pista



PÓTO DE COMBUSTÍVEL EUCAÍPTO

SOBRAL →

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)

Investprev Seguradora S/A

CNPJ: 42.366.302/0001-28

23 JAN 2019

## Narrativa da Ocorrência:

Conforme averbações realizadas no local do acidente e vestígios nos veículos e no pavimento, foi constatado que houve um colisão frontal entre V1, SCANIA/P 250 BEX2 de placas CUAT230, e V2, VW/PIARATI 1.6 de placas NQY2213, em frente ao Posto Eucalipto que é situado Km 67,9 DA BR222 sentido创作/América para Fortaleza/Fortaleza. No momento da colisão, o condutor de V1 não agrediu o motorista de V2 que seguia no sentido contrário, Fortaleza/Sobral, conforme croqui. No acidente falam vitimados fatalmente os srs Pedro Epifânia Cipriano Nogueira e Levi Pinho Barroso e os outros ocupantes de V2 foram socorridos gravemente ao hospital.

## VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: QIA-1200 | Sequencial: V1 | Descrição: Caminhão | Chassi: 9BSPBX200D3825272 | Renavam: 00525582770  
 Marca/Modelo: SCANIA/P 250 BEX2 | Cor: BRANCA | Ano: 2013 | Tipo: Caminhão | Emplacamento: SÃO LUIS/MA  
 Ocupantes: 1 | Espécie: Carga | Categoria: Aluguel | CPF/CNPJ: 07 555.950/0001-21  
 Proprietário: RIO GRANDE COM DE CARNES LTDA | CEP: 65.040-000

Endereço: AV AMALIA SALDANHA NR. 100

Telefones:

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL

Origem: IMPERATRIZ/MA - BRASIL

## CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Virava à esquerda

Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não

Incêndio? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve

Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo

Marcas de Frenagem (m): 0,0

Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

## DADOS DA CARGA

Carregamento: Carregada

Houve Derramamento de Carga? Não | Produto Perigoso: R\$130.000,00

Extensão dos Danos: Ilesa

Moeda: Real-RS

Valor Total da Carga:

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: e3c782b53d206c18



**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

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: NO/2273 | Sequencial: V2 | Descrição: Chassi: BBWGB05W00P119893 | Renavam: 00137842270  
Marca/Modelo: VW/PARATI 1.6 | Cor: BRANCA | Ano: 2009 | Tipo: - | Emplacamento: SAO LUIS DO CURU/CPE  
cupantes: 5 | Espécie: | Categoria: Particular | CPF/CNPJ: 495.544.413-04  
Proprietário: EDIMA SALES PINHO CARLOTO | CEP: 62.665-000  
Endereço: RUA DO SEMITERIC 30688  
Município/UF: Telefones: [redacted]

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Destino: PRAS

**CONSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Movimento do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo | Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não | Incêndio? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo

Distância com Objeto Fixo: Não Houve | Distância com Objeto Móvel: Outro veículo | Estado dos Pneus: Bom | Mota: Real-PS

Tensão de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Bom | Mota: Real-PS

Descrição do Recolhimento: | Mota: Real-PS

**DADOS DA CARGA** | Mota: Real-PS

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Mota: Real-PS

% da Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: | Mota: Real-PS

Descrição da Carga: | Mota: Real-PS

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO** | Mota: Real-PS

Nome do Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: Investprev Seguradora S/A

Responsável pela Recepção: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: 23 JAN 2019

Documento do Responsável: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: CNPJ: 42.366.302/0001-28

1º Município/UF: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: CNPJ: 42.366.302/0001-28

**CONDUTOR ENVIADO** | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: CNPJ: 42.366.302/0001-28

Veículo: V10JA-7230 | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome/Apelido: CESAR SAMPAIO DE LIMA | Sexo: Masculino | Estado Civil: Não Informado | CEP: [redacted]

Data de Nascimento: 01/02/1972 | Nacionalidade: BRASIL | Cidade Expedidora: [redacted]

Nome do Pai: FRANCISCO RODRIGUES DE LIMA | Telefones: 86999324209 | Grau de Instrução: Não Informado

Nome da Mãe: MARIA SAMPAIO DE LIMA | Cidade Expedidora: [redacted] | Ocupação Principal: MOTORISTA PROFISSIONAL

Endereço: QLADRA C - CASA 10 - RESIDENCIAL ARAUÁIA | Cidade Expedidora: [redacted] | Orgão Expedidor: SSP / PI

Município/UF: TERESINA/PI | Nacionalidade: BRASIL | Cidade Expedidora: [redacted]

Naturalidade: | Documento de Identificação: 1169938 | Cidade Expedidora: [redacted]

CPF: 446.352.313-83 | Documento de Identificação: 1169938 | Cidade Expedidora: [redacted]

Origem: IMPERATRIZ/MA - BRASIL | Destino: FORTALEZA/CE - BRASIL | Usava Capacete? Não Aplicável

Estado Físico: Ileso | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Sim | Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Existe Declaração em Anexo? Não | Transcrição da Declaração: |

Condutor é Habilitado? Sim | Categoria CNH: AE | Registro CNH: 01381349954/PI | Primeira Habilitação: 26/09/1997

Validade CNH: 23/03/2016 | País CNH: | Dormia? Não | Km Percorridos: | Horas Dirigindo: 15:00

Pertences: |

Informações Complementares: O condutor foi submetido ao teste do etilômetro número 04725 do aparelho nº088465 na data de 24/01/2015 às 23:48. O resultado obtido pelo aparelho foi de 0,00mg/L de álcool por litro de ar expelido pelos pulmões.

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR:** | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: [redacted]

Tipo de Receptor: | Responsável pela Recepção: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: [redacted]

Documento do Responsável: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: [redacted]

Município/UF: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: [redacted]

Descrição do: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: [redacted]

# 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: **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:	<b>DIEYME QUEIROZ VIANA</b>		CPF:	<b>025.838.993-17</b>	
Profissão:	Endereço:	RU EDUARDO GENTO	Número:	Complemento: <b>103</b>	
Bairro:	Cidade:	TRAIRI	Estado:	CEP:	<b>62690-000</b>
ALTO SAO FRANCISCO				Tel.(DDD):	
E-mail:	<b>ADRIANO PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM</b>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (241)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (106)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: **Investprev Seguradora S/A**

AGÊNCIA: **5457** Dígito: **7** CONTA: **853995** Dígito: **2** AGENCIA:  Dígito:  CONTA:  Dígito:  Data: **23 JAN 2019**

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

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 [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 Lider para verificação de 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, teor discordante do seu conteúdo.

**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 compenheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: 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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 RODO.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

- 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							FICHA N°:					
NOME <i>Deyene Queiroz Viana</i>							DATA <i>24.01.16</i>	HORÁRIO <i>21:00</i>				
DN <i>09/07/1987</i>	IDADE <i>28A</i>	NATURALIDADE <i>Trairi</i>	SEXO <input checked="" type="radio"/> FEM <input type="radio"/> MASC	CNS <i>893.001843062881</i>	DOCUMENTO <i>200.2277225649</i>							
NOME DA MÃE <i>Edilviza Soáto Queiroz</i>		EST CINEC <i>Colélio</i>			PROFISSÃO	TELEFONE						
ENDERECO <i>R. Bento Bento</i>		NUM <i>57</i>	BAIRRO		CIDADE/UF <i>Trairi</i>							
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO												
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO <sup>2</sup> (%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	ESCALA DE DOR					
VERMELHA EMERGÊNCIA 9 min	LARANJA MUITO URGENTE 20 min	AMARELA URGENTE 60 min				AZUL NÃO URGENTE 240 min	0	2	4	6	8	10
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:						1 <sup>a</sup> CLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	CARIMBO/ASSINATURA					
						RECLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	CARIMBO/ASSINATURA					
ANAMNESE/EXAME FÍSICO												
<p>Pct. 28a; f, vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mm Hg Trauma abdominal fechado.</p>					HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Politraumatismo com provável fratura de úmero D.</i>							
CONDUTA:												
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES						
	<i>O Encaminhamento à Traumatologia.</i>					<i>Investprev Seguradora S/A</i>						
<i>Dr. Wagner Filgueiras Médico CREMES 12499</i>					<i>23 JAN 2019</i>							
					<i>CNPJ: 42.366.302/0001-28</i>							
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 <input type="checkbox"/> DATA/HORA:						





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**   
 HOSPITALAR

Emitido em: 16/01/2018 8:28:1

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento  
Emergencial**
**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 888004643062681	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		ENDERECO DO PACIENTE: EDUARDO BENTO	Nº: S/N	BAIRRO: ALTO DO SÃO FRANCISCO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 33152425	MUNICÍPIO: TRAIRI	UF: CE	CEP: 62500-000

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

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

## ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

## ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Investprev Seguradora S/A

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

23 JAN 2019

OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACOABDOMINAL. HISTÓRIA DISCORDANTE

## SINAIS VITAIS

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

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico:

*DATA 16-13-18 / 2018  
EDUARDO MOREIRA /  
SERVIDOR DA  
MATRIZ DA  
SUS*

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

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



## 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](mailto: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 LTDA  
CNPJ: 07.272.297/0001-93  
Layanne Aparecida S. da Silva  
Mat. 12.273 - Auxiliar SAME



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



BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							FICHA N°:							
NOME: <i>Diegme Queiroz Viana</i> NOME DA MÃE: <i>Luiza Alcântara e Silva</i> ENDEREÇO: <i>R. Bento Bento</i>					DATA: <i>24.01.16</i>	HORÁRIO: <i>21:00</i>								
DN: <i>9161987</i>	IDADE: <i>28A</i>	NATURALIDADE: <i>Trairi</i>	SEXO: <input checked="" type="radio"/> FEM <input type="radio"/> MASC	CNS: <i>893.001843062881</i>	DOCUMENTO: <i>200.2277225644</i>									
EST CINE: <i>Colégio</i>	PROFISSÃO: <i></i>	TELEFONE: <i></i>	NUM: <i>51</i>	BAIRRO: <i>Trairi</i>	CIDADE/UF: <i>Trairi</i>									
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO														
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO <sup>2</sup> (%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	ESCALA DE DOR							
VERMELHA EMERGÊNCIA 9 min	LARANJA MUITO URGENTE 20 min	AMARELA URGENTE 60 min					0	2	4	6	8	10		
						NÃO URGENTE 240 min								
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:						1 <sup>a</sup> CLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	Investprev Seguradora S/A							
						RECLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	23 JAN 2019							
ANAMNESE/EXAME FÍSICO:						HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Politraumatismo</i>			CONDUTA: <i>CNPJ: 42.366.302/0001-28</i>					
<i>Pct. 28a; F, vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mm Hg Trauma abdominal fechado.</i>														
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES							
	<i>O Encaminhamento à Traumatologia.</i>													
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 <input type="checkbox"/> 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:**

#### **ATTACHMENT TO MEXICO**

<b>ANAMNESE/EXAME FÍSICO:</b>	<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b>
	<b>CONDUTA:</b>

<u>DATA</u>	<u>PRESCRIÇÃO</u>	<u>HORÁRIOS</u>	<u>OBSERVAÇÕES</u>
			<p>Investprev Seguradora S/A</p> <p>23 JAN 2019</p> <p>CNPJ: 42.366.302/0001-28</p>

ASSINATURA/CARIMBO

## 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

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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).

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](mailto: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  
OP. CERCA, TRAMITACAO  
CRM: 4078

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA  
CNPJ: 42.366.302/0001-28  
Layanne Saraiva  
Matr.: 111.73 - 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](mailto: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



Pronto Socorro  
de acidentados

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES  
EUFRASIO  
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:

*Deyan On Viana*

Endereço:

*Grande S*

Prescrição:

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

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

### Uso oral

*E 30*

COMPRIMIDOS

*i*

CX 23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### Uso externo

- FITOSCAR 20 g.....  
APLICAR NOS CURATIVOS

Data: 01/2/19

CRM: 4078  
DR CLAUDIO EUFRASIO  
MEDICO

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"/> SENTAR	<input type="checkbox"/> NÃO PISAR
<input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input type="checkbox"/> USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/> ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input type="checkbox"/> NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> USAR TIPÓIA ( ) DIAS
<input type="checkbox"/> DOBRAR O JOELHO	

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

#### Retornos:

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

DR. CLAUDIO VENESSIO  
CRM: 4078  
Investprev Seguradora S/A  
23 JAN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

### PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

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

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

**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](mailto: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

**Documentação necessária:**

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

**Reconhecer firma do Paciente**

Assinatura do paciente

23 JAN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

**INFORMAÇÕES:**

1- Se tiver pressão alta, verificar antes de realizar a fisioterapia.

2 – Não realizar fisioterapia:

- ✓ Estiver com febre
- ✓ Com pressão acima de 140x90.

*Soy Trairi*  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI-CE.

SETOR FISIOTERAPIA PSF SEDE

Nº 836 Data: 28/03/16

Nome: Dieyme Queiroz  
Uiana

Diagnóstico: Frat de Perna  
+ Frat de cotovelos

CID: 5 728 10302050019  
19-12-87

Nº Cartão SUS: 8980048 4306  
2881

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

01	<u>28/03/16</u>	14	<u>04.03.16</u>
02	<u>0-03-16</u>	15	<u>09.03-16</u>
03	<u>04-04/16</u>	16	<u>10.03.16</u>
04	<u>26.04.16</u>	17	<u>11.03.16</u>
05	<u>07-04-16</u>	18	<u>18-03-16</u>
06	<u>13-04-16</u>	19	
07	<u>18-04-16</u>	20	
08	<u>19-04-16</u>	21	
09	<u>20-04-16</u>	22	
10	<u>21-04-16</u>	23	
11	<u>26-04-16</u>	24	
12	<u>17-04-16</u>	25	
13	<u>02-05-16</u>	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](mailto: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. M.  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

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 RG do Responsável

Assinatura do paciente



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

59

Pronto Socorro  
de Acidentados

**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: *Deyne A. Vaz*

Endereço: *Tramandaí*

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: 13/06/16

Paciente: *Deyne A. Vaz*

Diagnóstico: *Fistula Fecal*

Cirurgia: *Tramandaí*

Data: 10/06/16

**RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS**

- 1) Fazer curativo diariamente
- 2) Retirar os pontos cirúrgicos em 25/6/16 no posto

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SENTAR                               | <input type="checkbox"/> NÃO PISAR            |
| <input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS | <input type="checkbox"/> USAR MOLETAS         |
| <input type="checkbox"/> ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS | <input type="checkbox"/> NÃO ANDAR            |
| <input type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR               | <input type="checkbox"/> USAR TIPÓIA ( ) DIAS |
| <input 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: 11/06/16 Hora: 7:50 Dia:   /  /   Hora:   :  

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

DR. CLÁUDIO FERNANDES  
DESEMBARGADOR MOREIRA  
CEP: 60170-002 - FORTALEZA - CE



## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Pronto Socorro  
de Acidentados

### 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:

*Deym On Umu*

Endereço:

*Grande*

Prescrição:

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

COMPRIMIDOS

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg .....  
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.  
- FLANCOX 400 mg .....  
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

### Uso oral

*E 30*

*2 CX*

### Uso externo

TUBOS

- FITOSCAR 20 g.....  
APLICAR NOS CURATIVOS

Data: 03/12/18

*DR CLAUDIO EUFRASIO CRM: 4078*



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**   
 HOSPITALAR

Emitido em: 16/01/2018 8:28:1

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento  
Emergencial**
**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 888004643062681	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		ENDERECO DO PACIENTE: EDUARDO BENTO	Nº: S/N	BAIRRO: ALTO DO SÃO FRANCISCO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 33152425	MUNICÍPIO: TRAIRI	UF: CE	CEP: 62500-000

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

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

## ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

## ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Investprev Seguradora S/A

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

23 JAN 2019

OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACOABDOMINAL. HISTÓRIA DISCORDANTE

## SINAIS VITAIS

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

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico: *DATA 16-13826912018*

Conduta:

*DATA 16-13826912018*  
*EDUARDO MOREIRA*  
*SERVIDOR(A)*

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



## 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](mailto: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 LTDA  
CNPJ: 07.272.297/0001-93  
Layanne Aparecida S. da Silva  
Mat. 12.273 - Auxiliar SAME



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



BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							FICHA N°:	
NOME: <i>Diegme Queiroz Viana</i> NOME DA MÃE: <i>Luiza Alcântara e Silva</i> ENDEREÇO: <i>R. Bento Bento</i>					DATA: <i>04.01.16</i>	HORÁRIO: <i>21:00</i>		
DOCUMENTO: <i>200.2277225644</i>	IDADE: <i>28A</i>	NATURALIDADE: <i>Trairi</i>	SEXO: <input checked="" type="radio"/> FEM <input type="radio"/> MASC	CNS: <i>893.001843062881</i>	EST CINE: <i>Colégio</i>	PROFISSÃO: <i></i>	TELEFONE: <i></i>	
PA(mmHg):	Tp(°C):	FC(bpm):	SpO <sup>2</sup> (%):	PESO(kg):	Altura(m):	Glicemia (mg/dl):	ESCALA DE DOR	
VERMELHA EMERGÊNCIA 9 min	LARANJA MUITO URGENTE 20 min	AMARELA URGENTE 60 min	AZUL NÃO URGENTE 240 min					
SITUAÇÃO/QUEIXAS RELATADAS:					1 <sup>a</sup> CLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	Investprev Seguradora S/A		
					RECLASSIFICAÇÃO: _____ h _____ min por	23 JAN 2019		
ANAMNESE/EXAME FÍSICO:					HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Politraumatismo</i> CNPJ: 42.366.302/0001-28			
<i>Pct. 28a; F, vítima de colisão frontal de automóvel com provável fratura em úmero D. Ao exame Glasgow 12 PA: 140x90 mm Hg Trauma abdominal fechado.</i>					<i>com provável fratura de úmero D.</i>			
DATA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
	<i>O Encaminhamento à Traumatologia.</i>							
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:**

#### **ATTACHMENT TO MEXICO**

<b>ANAMNESE/EXAME FÍSICO:</b>	<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b>
	<b>CONDUTA:</b>

<u>DATA</u>	<u>PRESCRIÇÃO</u>	<u>HORÁRIOS</u>	<u>OBSERVAÇÕES</u>
			<p>Investprev Seguradora S/A</p> <p>23 JAN 2019</p> <p>CNPJ: 42.366.302/0001-28</p>

ASSINATURA/CARIMBO

## 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

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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).

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](mailto: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  
OP. CERCA, TRAMITACAO  
CRM: 4078

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA  
CNPJ: 42.366.302/0001-28  
Layanne Saraiva  
Matr.: 111.73 - 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](mailto: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



Pronto Socorro  
de acidentados

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CLÁUDIO JOSÉ FERNANDES  
EUFRASIO  
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:

*Deyan On Viana*

Endereço:

*Grande S*

Prescrição:

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

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

### Uso oral

*E 30*

COMPRIMIDOS

*i* CX

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### Uso externo

- FITOSCAR 20 g.....  
APLICAR NOS CURATIVOS

Data: 01/2019

CRM: 4078  
DR. CLAUDIO EUFRASIO  
MEDICO

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"/> SENTAR	<input type="checkbox"/> NÃO PISAR
<input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input type="checkbox"/> USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/> ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input type="checkbox"/> NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> USAR TIPÓIA ( ) DIAS
<input type="checkbox"/> DOBRAR O JOELHO	

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

#### Retornos:

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

DR. CLAUDIO VENESSIO  
CRM: 4078  
Investprev Seguradora S/A  
23 JAN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

### PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

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

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

**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](mailto: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

**Documentação necessária:**

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

**Reconhecer firma do Paciente**

Assinatura do paciente

23 JAN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

**INFORMAÇÕES:**

1- Se tiver pressão alta, verificar antes de realizar a fisioterapia.

2 – Não realizar fisioterapia:

- ✓ Estiver com febre
- ✓ Com pressão acima de 140x90.

*Soy Trairi*  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI-CE.

SETOR FISIOTERAPIA PSF SEDE

Nº 836 Data: 28/03/16

Nome: Dieyme Queiroz  
Uiana

Diagnóstico: Frat de Perna  
+ Frat de cotovelos

CID: 5 728 10302050019  
19-12-87

Nº Cartão SUS: 8980048 4306  
2881

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

01	<u>28/03/16</u>	14	<u>04.03.16</u>
02	<u>0-03-16</u>	15	<u>09.03-16</u>
03	<u>04-04-16</u>	16	<u>10.03.16</u>
04	<u>06.04.16</u>	17	<u>11.03.16</u>
05	<u>07-04-16</u>	18	<u>18-03-16</u>
06	<u>13-04-16</u>	19	
07	<u>18-04-16</u>	20	
08	<u>19-04-16</u>	21	
09	<u>20-04-16</u>	22	
10	<u>25-04-16</u>	23	
11	<u>26-04-16</u>	24	
12	<u>17-04-16</u>	25	
13	<u>02-05-16</u>	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](mailto: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. ... M.  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

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 RG do Responsável

Assinatura do paciente



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

59

Pronto Socorro  
de Acidentados

**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: *Deyne A. Vaz*

Endereço: *Tramandaí*

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: 13/06/16

Paciente: *Deyne A. Vaz*

Diagnóstico: *Fistula Fecal*

Cirurgia: *Tramandaí*

Data: 10/06/16

**RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS**

- 1) Fazer curativo diariamente
- 2) Retirar os pontos cirúrgicos em 25/6/16 no posto

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SENTAR                               | <input type="checkbox"/> NÃO PISAR            |
| <input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS | <input type="checkbox"/> USAR MOLETAS         |
| <input type="checkbox"/> ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS | <input type="checkbox"/> NÃO ANDAR            |
| <input type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR               | <input type="checkbox"/> USAR TIPÓIA ( ) DIAS |
| <input 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: 11/06/16 Hora: 7:50 Dia:   /  /   Hora:   :  

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

DE CLÁUDIO FERNANDES  
ORDEM/CONTROLE  
CLÁUDIO



## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Pronto Socorro  
de Acidentados

### 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:

*Deym On Umu*

Endereço:

*Grande*

Prescrição:

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

COMPRIMIDOS

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 mg .....  
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 15 DIAS.  
- FLANCOX 400 mg .....  
1 COMPRIMIDO DE 12/12h POR 10 DIAS.

### Uso oral

*E 30*

*2 CX*

### Uso externo

- FITOSCAR 20 g.....  
APLICAR NOS CURATIVOS

TUBOS

Data: 03/12/18

*DR CLAUDIO EUFRASIO CRM: 4078*

Investprev Seguradora S/A

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS**

**SEGURÓBRIGATÓRIO DE DANOS** RESOSSAIS CAIBADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPAVAT

DETTRAN - CE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 011B2B108329		EXERCÍCIO 2015	
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	DATA
01	00132842270	00000000000	14/04/2015
P.P.T		NAME	
EDINA SAIRES PINTO		L.C.S. 011	
SÃO LUIIS DO CURU		/CE	
CPF / CNPJ		PLACA	
49554413041		HRY213/CE	
PLACA ANTL/UF		CHASSI	
/CE		P8WDB0547P1496975	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
P/ONIS / AUTOMÓVEL / VHE/L		GÁS / ALCOOL	
UN/IFAPART 1 L. 6		ANO MODELO	
CAP / POT / CL		2005	
45/103CV/1596CC		CATEGORIA	
P/T/1C		IDR/CAR	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I		10/04/2015	
P		VENCIMENTO / COTAS	
V		20/04/2015	
A		3*	
PRÉMIO TARIFARIO (R\$)		VAL (R\$)	
		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
		DATA DE PAGAMENTO	
		DESENHO DO OS	
C.T.L. 0112.7247272		LOCAL	
SAO LUIS DO C		Igor Ponte	
Superintendente		Data	
03 MAR 2015		14/04/2015	
Autenticação			
No 66300887			

CE № 011Б2811083329 БЛАНКЕТ ДЕ СЕГУРО DPVAT

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

VIA	01	CNPJ	49.954.441/30.4
EXERCÍCIO	2015	DATA EMISSÃO	04/04/2015
PLACA	NAY-2213		
REGISTRO	001328427/0	VIS/FARMA	MARCA / MODELO

<b>PREMIO TARIFÁRIO</b>	
<b>FRETE (R\$)</b>	<b>DEFATUADA (R\$)</b>
45,75	5,05
<b>VALOR DO PRÉMIO (R\$)</b>	
100,00	
<b>PAGAMENTO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.609/0001-04

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

23 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027606/19

**Vítima:** DIEYME QUEIROZ VIANA

**CPF:** 025.838.993-17

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/01/2016

**Titular do CPF:** DIEYME QUEIROZ VIANA

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DIEYME QUEIROZ VIANA

Antonia Daniella Ferreira da Silva