

---

**Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190431167**

**Vítima: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**

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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190431167                      Vítima: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/03/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431167

Vítima: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 00000133416-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	702.511.263-15	Francisco Monteiú do Santo
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo: Francisco Monteiú do Santo		
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Indiana	CPF: 702.511.263-15
Bairro: Siquema	Cidade: Fortaleza	Número: 521 Complemento:
E-mail: Ssimplifica1@hotmail.com	Estado: CE	CEP: 60.736-030
		Tel. (DDD): (85) 9.8422.3354

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

## REDA MENSAL:

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 133416 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Fortaleza, 27 de junho de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# 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: **702.511.263-15** Nome completo da vítima: **Francisco Monteiro dos Santos**

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

Nome completo: **Francisco Monteiro dos Santos** CPF: **702.511.263-15**

Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Indiana** Número: **521** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Siqueira** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60.736-030**

E-mail: **Ssimplifica1@hotmail.com** Tel. (DDD): **(85) 9.8422.3357**

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **133416**

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da 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 discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Fortaleza, 27 de junho de 2019**

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

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

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco Monteiro dos Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019353317

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1716 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/05/2019 14:31:51**Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2019 08:10:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PITANGUEIRA**

Complemento:

Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**Nascimento: **03/09/1974** CPF: **702.511.263-15**RG: **2004002176460** Orgão Emissor: **SSPDS**Filiação: **FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS****JOSÉ JOSIAS DOS SANTOS**Endereço: **RUA INDIARA, 521**Bairro: **SIQUEIRA**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60734-0**Telefone: **(85) 98647-4277****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA RUA PITANGUEIRA QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA ATROPELOU A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE. OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 40486****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A):****Bel. Evandro Alves de Souza**  
Delegado de Polícia  
MAT. 14699**EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699****28 JUN 2019**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019353317

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1716 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/05/2019 14:31:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2019 08:10:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA PITANGUEIRA**  
Complemento:  
Bairro: **CANINDEZINHO** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**  
Nascimento: **03/09/1974** CPF: **702.511.263-15**  
RG: **2004002176460** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS**  
**JOSÉ JOSIAS DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA INDIARA, 521**  
Bairro: **SIQUEIRA**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**

CEP: **60731-1**

Telefone: **(85) 98647-4277**

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE  
DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA  
PITANGUEIRA QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA ATROPELOU  
VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO  
SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO  
OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE  
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART. 340 DO CPP

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 3048**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**Bel. Evandro Alves de Souza**  
Delegado de Polícia  
MAT. 14699

**EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699**



**DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

Consolidado em: 28/05/2019 14:39:46

Impresso em: 28/05/2019 14:39:46

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	702.511.263-15	Francisco Monteiun dos Santos
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo: Francisco Monteiun dos Santos		
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Indiana	CPF: 702.511.263-15
Bairro: Siquema	Cidade: Fortaleza	Número: 521 Complemento:
E-mail: Ssimplifica1@hotmail.com	Estado: CE	CEP: 60.736-030
		Tel. (DDD): (85) 9.8422.3354

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

## REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 133416 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Fortaleza, 27 de junho de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# 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: **702.511.263-15** Nome completo da vítima: **Francisco Monteiro dos Santos**  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: **Francisco Monteiro dos Santos** CPF: **702.511.263-15**  
 Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Indiana** Número: **521** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **Siqueira** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60.736-030**  
 E-mail: **Ssimplifica1@hotmail.com** Tel. (DDD): **(85) 9.8422.3357**

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

**REDA MENSAL:**  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **133416**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Fortaleza, 27 de junho de 2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Francisco Monteiro dos Santos**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**Prefeitura de  
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE <b>FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS</b>		Nº DO PRONTUÁRIO <b>372819</b>	IDADE <b>50</b>
CADUS		DATA DO NASCIMENTO <b>03/09/1974(44 ANOS)</b>	SEXO <b>M</b>
NOME MAE <b>FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS</b>		NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>	
ENDEREÇO <b>RUA INDIARA 821 SIQUEIRA</b>		MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	
CÓDIGO		CEP <b>60.736-030</b>	

OCORRÊNCIA
LOCAL DA OCORRÊNCIA: TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO
<b>PCT REFERE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO E EM OMBRO ESQUERDO + DOR LOCAL APÓS COLISÃO ENTRE BICICLETA E MOTO.</b>	<b>COLISÃO MOTO X BICICLETA</b>

SINAIS VITAIS			
RESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS <b>NEGA</b>		

CLASSIFICAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
<b>AMARELO</b>	<b>BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA</b>

ÁREA ATENDIMENTO
<b>UMATOLOGIA</b>

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE

*Pct refere: "Atropelito" (p/c)*

*Tr. pul. @, aus. @*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
<input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> SUS ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>Medicamento</b>		

*17 + pul. @*

*12 + pul. @*

*7 feridas inf @*

TIPO DE ALTA/BAIXA
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por Bruna Karine Amorim da Costa em 19/03/2019 às 08:45:58  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 302 do Código Penal.

**Paulo Eluel Frata Ponte**  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 9374 SBOT: 11263

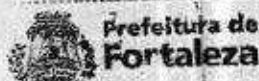
**Francisco Monteiro dos Santos**  
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

28 JUN 2019

HOSPITAL DISTRITAL M<sup>te</sup> JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

**Mônica Saba**

Mat.159R1



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

**DADOS PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

CADUS: 372219

DATA DE NASCIMENTO: 03/08/1974 (44 ANOS)

SEXO: M

ENDEREÇO: RUA INDIARA 821 SIQUEIRA

CIDADE: FORTALEZA

CEP: 60.736-030

**OCCORRÊNCIA**

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ACIDENTE:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

QUICK: PCT REFERE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO E EM OMBRO ESQUERDO + DOR LOCAL APÓS COLISÃO ENTRE BICICLETA E MOTO.

MOTIVO: COLISÃO MOTO X BICICLETA

**SINAIS VITAIS**

PR: 110

FC: 70

TA: 110/70

TEMPERATURA: 36.5

ALERGIAS: NEGA

**CLASSIFICAÇÃO**

AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

**ÁREA ATENDIMENTO**

UMATOLOGIA

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**DIAGNÓSTICO**

Pct refere: "Arno pelado" (pcc)

**DIAGNÓSTICO**

HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Medicamento: R4 + pms (E)

**APRAZAMENTO**

7 dias depois (E)

**APRAZAMENTO**

12 dias depois (E)

**TIPO DE ATENDIMENTO**

At. Cur

**DECISÃO MÉDICA**

( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ( ) ÓBITO ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

**DESTINO DO CORPO**

( ) FAMILIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

**DATA E HORA DO ATENDIMENTO**

19/03/2019 às 08:45:58

Paulo Elivel Frota Ponte  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC-BA 580111263

Francisco Monteiro dos Santos  
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS



HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba  
Mat. 15984

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000133416-2

---

Nr. da Autenticação 2E33B3730256EEB1





Prefeitura de  
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 372819	IDADE 26 ANOS
CADÚS		NASCIMENTO 03/09/1974(44 ANOS)	SEXO M
NOME MAE FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS	NOME RESPONSÁVEL NI		PARC
ENDEREÇO RUA INDIARA 621 SIQUEIRA	MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP 60.738-030
CORRAT			

OCORRÊNCIA
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EDADE DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
QUEIXA PCT REFERE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO E EM OMBRO ESQUERDO + DOR LOCAL APÓS COLISÃO ENTRE BICICLETA E MOTO.	MOTIVO COLISÃO MOTO X BICICLETA
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	POSSIBILIDADE DE VIDA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA		

CLASSIFICAÇÃO	
AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ÁREA ATENDIMENTO
ATENDIMENTO UMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE

Paciente refere: "Atropelto" (p.c.)

Tr. me. (E) - dor (E)

0703

DIAGNÓSTICO
EXAT. SOLICITADO ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAO-X ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OSSE

14 + p.m. (E)

7 fad. rad. inf. (E)

14 + analg. (E)

H. Car.

TIPO DE ALTA/SAÍDA
ALTA/SAÍDA ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Prescrito por Bruna Karine Amorim da Costa em 19/03/2019 às 08:45:58  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 199 da Lei nº 13.021/2014.

Paulo Elyel Frota Ponte  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 8374 SBOT: 11283

Francisco Monteiro  
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

28 JUN 2019

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

P. J. da Silva

Mônica Saba  
Mat. 15984

12700028775



SUS  
Sistema Único de Saúde  
CCI - Central de Controle de Internação  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA DO PÉREIRA, 1127 - PARNAGUÁ - CEP 44.124-000  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3221-7222

CENTRO DE INTERNAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - FORTALEZA - CEARÁ - PERNAMBUCO

## LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319102036702

UNIDADE HOSPITALAR  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ  
07.835.044 / 0002-81

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

1. ☒ MASC 2. ☐ FEM 3. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 5. ☐ FILHO 6. ☐ OUTRO DEP.

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

Paulo Elivel Prota Ponte  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 9314/SBOT: 11263

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba  
Mat.15984

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA  
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA  
5. ☐ PSIQUIÁTRICA  
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA  
4. ☐ TISIOPEUMOL  
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Paulo Elivel Prota Ponte  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

Nome: <u>José Monteiro dos Santos</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			19/03/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
19/03/19	<p>fez exame do P (S)</p> <p>fm - com</p> <p>Paulo Fygel Prota-Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC 8314 SBOT: 11283</p> <p>HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BRUNO DE OLIVEIRA ATISTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>Mônica Saba Má 13984</p> <p>Carla Jales Rodrigues Faria Enfermeira COREN-CE 503.379</p> <p>Carla Jales Rodrigues Faria Enfermeira COREN-CE 503.379</p> <p>19/03/19</p> <p>16h30 paciente admitido pela enfermeira com Hx de Fratura do rádio + ombro D. Consciente, orientado verbalizando para tomografia aleatória sem maiores queixas para os cuidados da enfermagem.</p> <p>20/03/19</p> <p>Pole com fratura do antebraço D EGR, expensas 3 fevri</p> <p>CIM 917</p> <p>Dr. Carlos Windson C. Mota Traumatologia - Ortopedista CRM - 7799</p>

DATA	EVOLUÇÃO
21/03/19	<p><i>Heite sp</i></p> <p>Dr. Roberto Machado Oncologia CRM 4000</p>
21/03/19	<p>Fco. 44 anos. HD. d. da raia d. d. E. concomitante, oventado, cooperativo. segue aguan dando exames.</p> <p>Residência: R. Dr. Roberto Machado Cidade: 30610-000 FNE</p>
22/03/19	<p><i>Heite sp</i></p> <p>Dr. Roberto Machado Oncologia CRM 4000</p>
22/03/19	<p># Ortopedia #</p> <p>União ortopédica tratamento cirúrgico tratamento físico</p> <p>União A-T-B 24h E: A-T-B no alto dit. 2 um</p>
23/03/19	<p>19:45hs + Retorno do cc.</p> <p>Dr. Yuri Oliveira Machado Oncologia CRM 4000</p> <p>26 JUN 2019</p>

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Mônica Saba*  
Mônica Saba  
Mat. 15984

Name: \_\_\_\_\_

Francisco Mantua clas. Ganta

## Prontuário

Enferm.

## Letto

### Data Internação

## Diagnóstico

7910312019

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

22.03.14 - Enkema EVOLUÇÃO

22.03.19 - Envolvimento  
paciente em POJ de pagamento Ocorrência de  
falhas de qualidade. Exclui Camarante, que não  
realizava, mesmo em um ambiente familiar  
com dificuldades no momento, após fazer  
sucesso, não eliminou barreiras na sua  
nova situação no momento, fez uso de  
de hipertensão

Priscilla Barros

Tristão Barros  
Ferreira  
CORR-OP-471.167

$$\begin{array}{r} 23 \\ 3 \end{array}$$

Recita y fide.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4660

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

22. *Donna Paula*  
Mônica Saba  
Mat. 15984

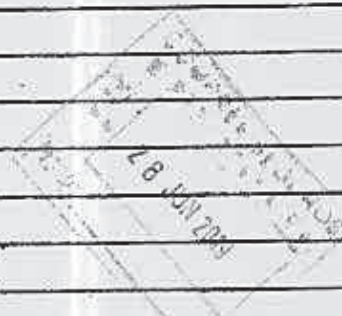
DATA

EVOLUÇÃO

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*M. J. Ana Paula*

Mônica Saba  
Mat. 15984



**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

Trimmer[illegible]

**Maria Silvana Mendes Carvalho**  
COREN CE 000.429.267-TE

HOSPITAL DISTRITAL AM JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Mônica Saba*

Mônica Saba  
Mat:15984

COPIA  
28 JUL 2008

DATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM



BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 702.511.263-15

Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 03/09/1974

Situação Cadastral: SUSPENSA

Data da Inscrição: 16/03/1994

Dígito Verificador: 02

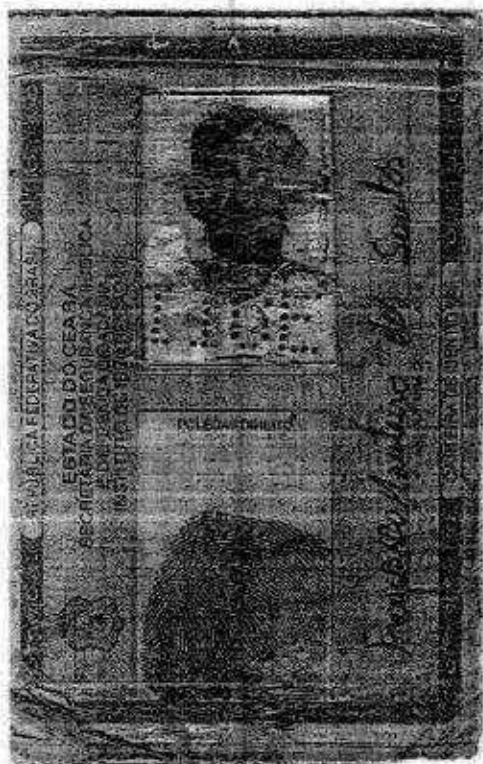
Comprovante emitido às: 14:52:07 do dia 18/06/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 685A.71F4.04B0.D913



Clique aqui para regularizar seu CPF (/Servicos/CPF/regularizar/Default.asp)

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).



PREV SEGURO  
PREVIDENCIA S/A  
REC 15 JUL 2019  
Nota:

20 JUL 2019  
NOTA: 07



BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 702.511.263-15

Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 03/09/1974

Situação Cadastral: SUSPENSA

Data da Inscrição: 16/03/1994

Dígito Verificador: 02



Comprovante emitido às: 14:52:07 do dia 18/06/2019 (hora e data de Brasília).


Código de controle do comprovante: 685A.71F4.04B0.D913



Clique aqui para regularizar seu CPF (</Servicos/CPF/regularizar/Default.asp>)

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(</Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>).

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218746/19

**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

**CPF:** 702.511.263-15

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 19/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO MONTEIRO  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS : 702.511.263-15**

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 cancela 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: 28/06/2019  
Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS  
CPF: 702.511.263-15


FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240527/19

Vítima: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

CPF: 702.511.263-15

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO MONTEIRO  
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS : 702.511.263-15**

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: 16/07/2019  
Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS  
CPF: 702.511.263-15

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico Preexistência

Comentários		Visualizar	
Data	Ação		
05/07/2019 10:28	Aprovar negativa técnica diretoria		<input checked="" type="checkbox"/>
04/07/2019 14:26	Parecer especialista		<input checked="" type="checkbox"/>
<p>O usuário KATHERINE DE CARVALHO MORAES (Seguradora Líder) aprovou a negativa.</p> <p>Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA (EQ3), conforme relatório anexo ao processo.</p> <p>GISELE MACHADO DA SILVA (Sabemi Seguradora S/A-Matriz II) concluiu a regulação do sinistro.</p> <p>Parecer: Favorável</p> <p>Parecer da Regulação:</p> <p>Após analisar a documentação verifiquei que a mesma se encontra completa e comprova a veracidade do acidente de trânsito ocorrido com a vítima (atropelamento), consta declaração de inexistência de IML juntamente com a documentação médica que deverá ser avaliada para verificação de possível seqüela adquirida em razão do acidente de trânsito.</p> <p>* Consta documentação médica hospitalar do dia do acidente na pagina 02.</p> <p>O usuário GISELE MACHADO DA SILVA (Sabemi Seguradora S/A) editou os dados da pessoa FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS.</p> <p>GISELE MACHADO DA SILVA preencheu campos chave do sinistro.</p> <p>Vinicius Guimaraes Rymza (Sabemi Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para GISELE MACHADO DA SILVA</p> <p>O usuário Serviço Tasker informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.</p> <p>O usuário Usuario DigProprio (Digitalização Própria) informou que recebeu os documentos da remessa 794209981.</p> <p>Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:</p> <p>Usuário: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA</p> <p>Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A</p> <p>Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE (0081)</p> <p>ASL-0218746/19</p>			
01/07/2019 14:47	Concluir regulação		
01/07/2019 14:46	Edição de pessoa		
01/07/2019 14:34	Preencher campos chave		
01/07/2019 10:01	Distribuir		
28/06/2019 16:58	Carga realizada		
28/06/2019 16:52	Emissão de protocolo		

Exibir Documentos Cancelar

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190431167 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO COM DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190431167 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO COM DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190431167 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** & SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190431167 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** & SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240527/19

**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

**CPF:** 702.511.263-15

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 19/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO MONTEIRO  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS : 702.511.263-15**

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: 16/07/2019  
Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS  
CPF: 702.511.263-15

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218746/19

**Vítima:** FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

**CPF:** 702.511.263-15

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 19/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO MONTEIRO  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS : 702.511.263-15**

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: 28/06/2019  
Nome: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS  
CPF: 702.511.263-15

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190431167**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RU INDIARA, 521 - SIQUEIRA - Fortaleza - CE - CEP 60872-460**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2004002176460**

Data e local do acidente: [ **19/03/2019** ] **FORTALEZA**

Data e local do exame: [ **19/07/2019** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO**

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

**AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO COM DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do punho esquerdo**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050

Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE