

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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. 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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.

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: Francisco Monteuw dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Francisco Monteuw 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: 5simplificada1@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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **133416** 2

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
(não alfabetizado)

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Monteuw dos Santos

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 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: **402.511.263-15** CPF da vítima: **402.511.263-15** Nome completo da vítima: **Francisco Monteiro dos Santos**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012
 Nome completo: **francisco Monteiro dos Santos** CPF: **402.511.263-15**
 Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Indiana** Número: **521** Complemento: **—**
 Bairro: **Siqueira** Cidade: **fortaleza.** Estado: **CE** CEP: **60.736-030**
 E-mail: **Simplefice1@hotmail.com** Tel. (DDD): **(85) 9.8122.3351**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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: **1503** 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/freemboço 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 da 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 da existência e quantificação das sequelas 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 discordar 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 Cada do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou (companheiro), 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 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**

TESTEMUNHAS

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

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 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019353317



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS**

JOSÉ JOSIAS DOS SANTOS

Endereço: **RUA INDIARA, 521**

Bairro: **SIQUEIRA**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.000-000**

País: **BRASIL**

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

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 4048

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Monteiro
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 N° 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**

JOSE JOSIAS DOS SANTOS

Endereço: **RUA INDIARA, 521**

Bairro: **SIQUEIRA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60135-000**

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

Histórico

QUE, COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA RUA PITANGUEIRA QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA ATROPELLO VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA. SEU SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROS DE 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:

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 1000

VISTO DO DELEGADO(A):

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



28 JUN 2019

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

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

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

Pág. 1 de 1

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 Monteuw dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Francisco Monteuw dos Santos		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	702.511.263-15
autônomo	Rua Indiana	521		
Bairro:	Cidade:	CE	CEP:	60.736-030
Siqueira	Fortaleza		Tel.(DDD):	(85) 9.8422.3357
E-mail:	Simplifieda1@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 133416 2

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
(não alfabetizado)

Local e Data: Fortaleza, 27 de fevereiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Monteuw dos Santos

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 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: **402.511.263-15** CPF da vítima: **402.511.263-15** Nome completo da vítima: **Francisco Monteiro dos Santos**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012
 Nome completo: **francisco Monteiro dos Santos** CPF: **402.511.263-15**
 Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Indiana** Número: **521** Complemento: **—**
 Bairro: **Siqueira** Cidade: **fortaleza.** Estado: **CE** CEP: **60.736-030**
 E-mail: **Simplefice1@hotmail.com** Tel. (DDD): **(85) 9.8122.3351**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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: **1503** 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 à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/freemboço 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 da 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 da existência e quantificação das sequelas 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 discordar 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 Cada do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou (companheiro), 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 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**

TESTEMUNHAS

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

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 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.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

SEXO

N.º DO
PRONTUÁRIO
372818

N.º
61

NOME MAE
FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS

ENDERECO
RUA INDIARA 821 SIQUEIRA

CONTATO

NASCIMENTO
03/09/1974 (44
ANOS)

SEXO
M
N.º
PAR

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
60.736-030

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

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
99 (ACIDENTE)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

PRESSÃO ARTERIAL

NI/mmHg

ALÉRGIAS

NEGA

SAT. O2

NI%

PULSO

NI

CLASSIFICAÇÃO

AMARELO

SINAIS VITais

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ATENDIMENTO
UMATOLÓGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

Prefer refere, "Atropelado" (pric)

Trm jne (E) - ane (E)

0303-200

DIAGNÓSTICO

COD. PROcedimento

SAB/BOLETO/DESP
() HC () SU () US/ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

Re + puno (E)

2 fardadas inf (E)

12x amolo (E)

fr cur

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVAISÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMI () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDEICO

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 da incorrênci nas sanções previstas no art. 55.

Paulo Elyel Fraga Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 0314 SBOT: 11263

HOSPITAL DISTRITAL M.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CóPIA CONFERE COM O ORIGINAL

28 JUN 2019

Mônica Saba

Mat. 15984



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

CABUS

NOME MAE
FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS
ENDERECO
RUA INDIARA 621 SIQUEIRA
CONTATO

NASCIMENTO 03/09/1974(44)	SEXO M	CPF 60.736-630
ANO NI	RESIDENCIAL FORTALEZA	CEP 56000-000

OCORRÊNCIA
LOCAL DA OCORRÊNCIA / RAZÃO / DATO DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

MOTIVO
COLISÃO MOTO X BICICLETA
ESTADO
CE
CIDADE
FORTALEZA

SEXO
NI
PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C

SINAIS VITais

SAT 92%
NI%

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ATENDIMENTO
UMATOLÓGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMSE

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

EXAMES FEITOS
HC () SU () US ABDOMINAL () TCC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

144 pme (E)

2º falso nado inf (E)

121 amar (E)

fr. cur

TIPO DE ALTERAÇÃO

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

CABIMENTO E ASSINATURA DO MEDICO

Impresso por bruna Karine amorim da costa em 19/03/2019 as 08:45:58
sócio, serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no artigo 5º da lei nº 8.080/90.

Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 0314 SERT: 11263

Francisco Monteiro dos Santos
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

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

R. da Paula

Mônica Saba

Mat. 15984

CONTRATO
REV. SEGUINTE
E PREVIDÊNCIA SIA
01/2019

28 JUN 2019

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: 00000133416-2

Nr. da Autenticação 2E33B3730256EEB1



Nº de Inscrição:

004776860

DADOS DO CLIENTE

Nome: HAZARENDO M DOS SANTOS

End. Leitura: RUA INDIARA, 521, SIQUEIRA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60736-030

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 065

Subsetor: 00

Quadra:

Subquadra:

Lote:

Compr.:

0337

CEP:

00000

Logradouro:

Bairro:

Cidade:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 372819	DATA 06/03/2019
GÊNERO MASCULINO		NASCIMENTO 03/09/1974 (44 ANOS)	SEXO M
NOME RAE FRANCISCA MONTEIRO DOS SANTOS		NAME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO FORTALEZA
ENDERECO RUA INDIARA 621 SIQUEIRA		CEP 56.738-030	UF CE
CONTATO			

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

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

PESO NI KG	PRESA DE ARTÉRIAS NI/NI	SAT CO NI%	POSSIBILIDADE NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIA NEGA		

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

SINAIS VITais
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ATENDIMENTO
UMATOLÓGIA

ÁREA ATENDIMENTO
ATENDIMENTO MÉDICO

ATENDIMENTO
UMATOLÓGICO

1903 referi, "fractura" (pric)

Mr. pre (E) - an (E) 0303-901

1903 referi, "fractura" (pric)

Mr. pre (E) - an (E) 0303-901

DIAGNÓSTICO

EXAMES SOLICITADOS
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO
Rx para (E)

2º dia (E) / far nadis inf (E)

1º dia (E)

Fr. Cur

TIPO DE 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

Atestado e assinatura do médico responsável
neste atendimento
Assinado 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 Código de Ética Médica.

Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8374 SBOT: 11203

Francisco Monteiro
FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS



HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CóPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba
Mat. 15984



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Interrupção
 Pernambuco, Recife/PE - 50001-9000, Recife
 Av. Olinda de Freitas, 1227 - Pernambuco - CEP 54040-000
 Fone: (81) 2220-7222
 Fax: (81) 2220-7222

Fortaleza

SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA ECONOMIA DE PERNAMBUCO - RECIFE - PE - PEF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319107036702

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC/CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

Flávio Marinho dos Santos

ENDERECO DO PACIENTE

RUA: INDÍARA Nº 621

BAIRRO

SIQUEIRA

MUNICÍPIO

FORTEZA

CE

DATA DO NASCIMENTO

03/09/1974

SEXO

MASC

3. FEM2. SEGURADO4. CONJUGE6. FILHO5. OUTRO DEP.7.

NOME DA MÃE

Francisca Monteiro dos Santos

CPF MÉDICO SOLICITANTE

77439005774

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Paulo Eliel Prota Ponte

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 9314 SBOT: 11263

1101

DATA DA EMISSÃO

19/12/19

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pm, prb, O

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

14/12/19
 Pm, prb, O

B. B. da Sába

Mônica Sába

Mat.15984

COESÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pm + prb

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Pm + prb

28 JUN 2019
 08:00:00 2019

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pm, prb, O

TIPO DE CLÍNICA

1. CIRÚRGICA
 3. CLÍNICA MÉDICA
 5. PSQUIÁTRICA
 9. OUTROS

2. OBSTÉTRICA
 4. TISIOPEUMOL
 6. PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pm

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

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

Nome:	José M. dos Santos			
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>fed radio da P (7)</p> <p>fm - com</p> <p>Paulo Engel Fraga Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC 8314 SBOT: 11283</p> <p>HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSE MARIA SOUZA DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFESSA COM ORIGINAL</p> <p>12.2.2019</p>
19/03/19	<p>16h paciente admitido nessa unidade as 13:15 p/ TTT de uma perna (7) com antecedente recente de queda e dor intensa descrição. Ficou no ambiente de observação (SO) e depois segue rotina da equipe.</p> <p>Lara Sales Ribeiro Faria Enfermeira COREN-CE 503.371</p>
19/03/19	<p>Paciente transportada para o Pate I no leito 11.2 as 15:15</p> <p>Lara Sales Ribeiro Faria Enfermeira COREN-CE 503.371</p>
20/03/19	<p>16h paciente admitido nessa unidade de observação com 7 de Fratura de radio e ombro (7) consciente, orientado verbalizando nessa constatação alergia a penicilina e cephalosporinas nos cuidados da enfermagem</p>
20/03/19	<p>Pate com fraturas do radio e ombro (7) EGR, eupneico, 3 pezinhos</p> <p>CRM 7799</p>

Nome:

Flávioco mantua clay Santa

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

22.03.19 - Entulho - EVOLUÇÃO

Acidente em PDI de engavetamento de trânsito de moto. Evolução: paciente, com queixa de entulhamento, evoluiu bem no ambiente, clamorico com dificuldade no momento, acuta dor no dor sacro, nega iluminação, hiperemia na área nega queixas no momento, segue evolução no dia de internação.

Priscilla Barros
CRM 171.167

23

3

Peso e afei

sete

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4609

20/03/2019
20/03/2019

HOSPITAL DISTRITAL N° 10 JOSÉ BARROSO DE SANTANA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Flávio Santa
Mônica Saba
Mat. 15984

DATA	EVOLUÇÃO
<p>HOSPITAL DISTRITAL M^º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p><u>22. Ana Paula</u> Mônica Saba Mat. 15984</p> <p style="text-align: right;">18/07/2012</p>	

HOSPITAL DISTRITAL M^º JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

J.J. Ana Paula

Mônica Sába

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ATENÇÃO: Toda Informação

ÍCIO DE ENFERMAGEM

120

Francisco Montaña de San Juan

PHYSICAL METALLURGY

Francisco Montes de Oca S. J. IDADE: 11 ENF: 1

३१

As 10.15 Phe excretion did not increase during the morning circadian rhythm, the morning excretion was probably normal.

Meet at Wendy's, 1000 3rd Street,
at noon on Wednesday, December 16th,
to discuss the new rules.

5355	5355	5355	5355	5355
5355	5355	5355	5355	5355
5355	5355	5355	5355	5355
5355	5355	5355	5355	5355
5355	5355	5355	5355	5355

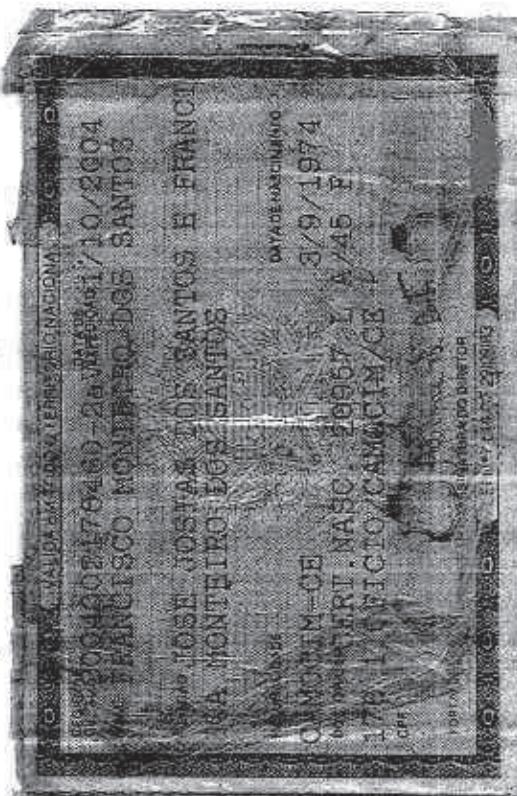
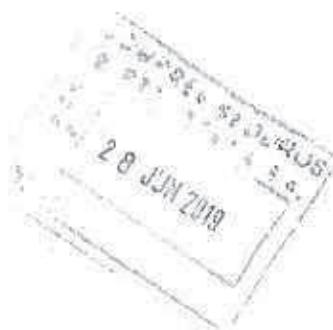
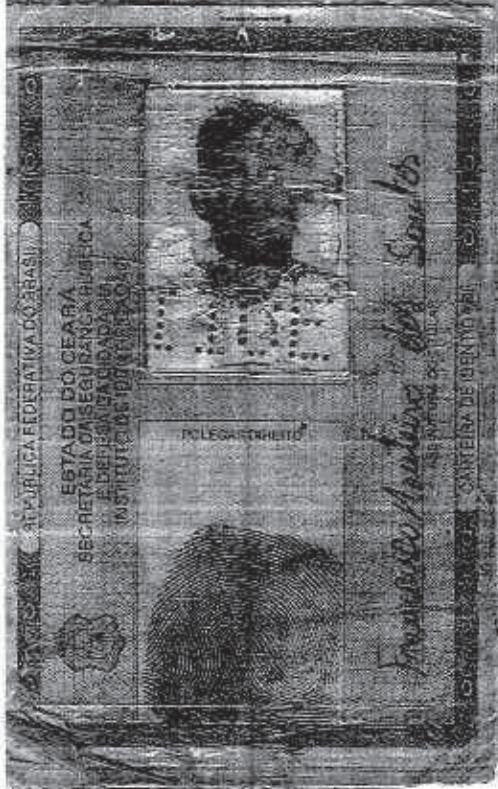
2005-05-10 1003 Endless cans
in the basement
of his sister's
newly remodeled
house.

negative first elimination
and in regular way
would remain fully
hid - except for trade + when
trading month

HOSPITAL BISTRITAL DA S. JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3.7 Ana Paula
Mônica Saba
Mat.15984

ATA:





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

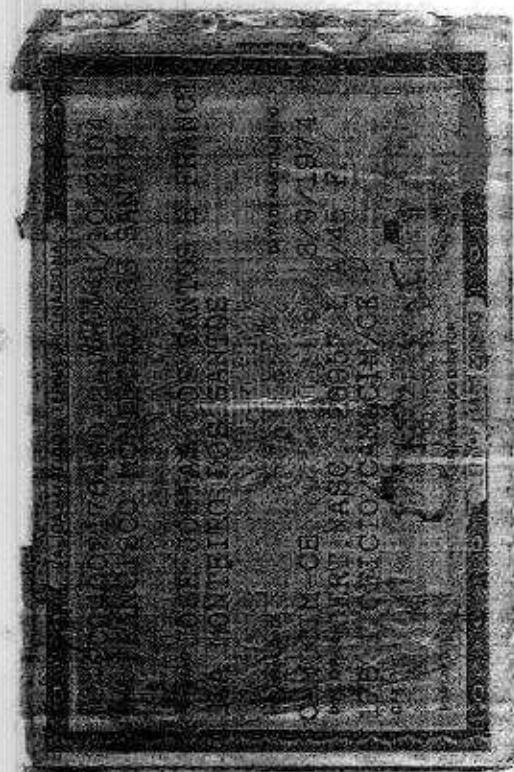
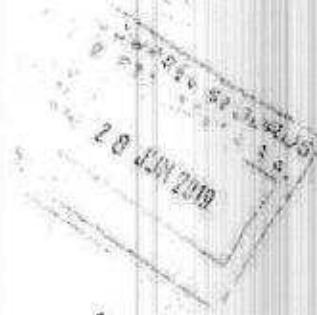
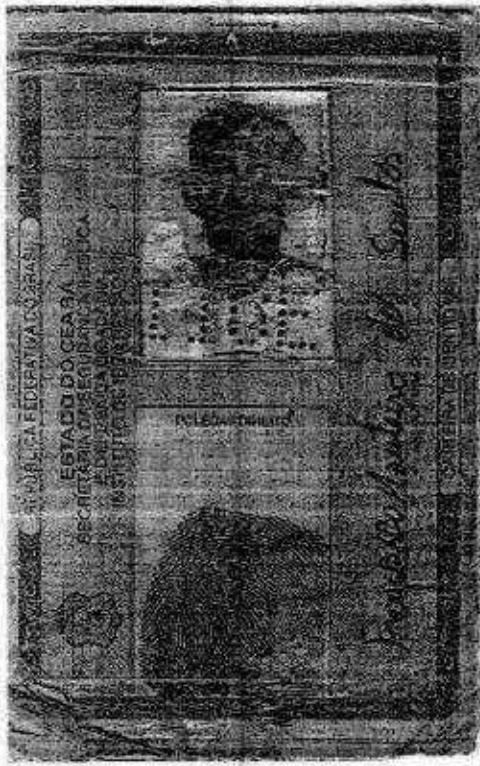
Digito Verificador: 02

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 \(/Servicos/CPF/regularizar/Default.asp\)](/Servicos/CPF/regularizar/Default.asp)

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





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

Digito 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO MONTEIRO
DOS SANTOS

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240527/19

Vítima: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

CPF: 702.511.263-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO MONTEIRO
DOS SANTOS

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Ação

Comentários

Visualizar

Data	Ação	Comentários
05/07/2019 10:28	Aprovar negativa técnica diretoria	O usuário KATHERINE DE CARVALHO MORAES (Seguradora Líder) aprovou a negativa.
04/07/2019 14:26	Parecer especialista	Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA (EQ3), conforme relatório anexo ao processo.

04/07/2019 14:26 Parecer especialista
GISELE MACHADO DA SILVA (Sabemi Seguradora S/A-Matriz II) concluiu a regulação do sinistro.

Parecer: Favorável

01/07/2019 14:47 Concluir regulação

Parecer da Regulação:
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 TML juntamente com a documentação médica que deverá ser avaliada para verificação de possível sequela adquirida em razão do acidente de trânsito.

01/07/2019 14:46 Edição de pessoa

* Consta documentação médica hospitalar do dia do acidente na pagina 02.
O usuário GISELE MACHADO DA SILVA (Sabemi Seguradora S/A) editou os dados da pessoa FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS.

01/07/2019 14:34 Preencher campos chave

GISELE MACHADO DA SILVA preencheu campos chave do sinistro.
Vinicio Guimaraes Rymza (Sabemi Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para GISELE MACHADO DA SILVA

01/07/2019 10:01 Distribuir

O usuário Serviço Tasker informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.

28/06/2019 16:58 Carga realizada

O usuário Usuário DigProprio (Digitalização Própria) informou que recebeu os documentos da remessa 794209981.

28/06/2019 16:52 Emissão de protocolo

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:
Usuário: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A
Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE (0081)

ASL-0218746/19

 Exibir Documentos

 Cancelar

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-
físico: 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 **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-
físico: 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO MONTEIRO DOS SANTOS

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 OSTEOSÍNTESE 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 ás 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