

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362, 50

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

CLIENTE: SABINO SALDANHA DA SILVA

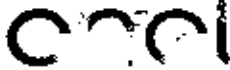
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02251-9

CONTA: 000000034181-9

Nr. Autenticação

BRDESCO1303202005000000000023702251000000034181236250 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 579152816  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdivino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438 de  
28 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 13 0124 14 182200 - 2 Medidor 23627320 Poste 1384  
Nome SABINO SALDANHA DA SILVA  
Endereço Postal RU DAS PEDRINHAS 00710 - PARQUE GERTBAU -  
FORTALEZA CEP 80534-030

**JUN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	57
6446769	
VALIDADEZ	
04/07/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
151,82	

End. de Unidade Consumidora RU DAS PEDRINHAS 00710 - FORTALEZA  
RG / CPF / CNPJ CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letra Atual	Letra Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Perda Real	Consum. Incl.	Consum. Par.
11107	11014	1	183		0	183

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES	Quantidade	Valor (R\$)
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	183 0,78824	140,50
		11,32

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 27/06/2019  
Prav. Próxima Letura 22/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0030.1030.F000.E30E.F7E5.A00E.E197.D84A

Rece de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

140,58 27,00% 37,85

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor
Energia	54,22
Transmissão	4,29
Distribuição	31,85
Energias Secundárias	7,22
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	43,00
Total	140,58

#### ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos: 0,00

Mês: ADR/2018 - EUSD 38,30

OTR - D. DO P. (Prav. Individual) P. (Aprovação Individual)

Mês: Trm. Anual Trm. Anual

DIC (h) 4,83 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

FIC (h) 3,11 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

DAIC (h) 2,68 0,00

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO<sub>2</sub> Compensada kg CO<sub>2</sub> Conscientiza Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DIÁLOGO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.  
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

Comprovante de residência









P- 805207/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 706 16	PONTO DE APOIO: Rocio na 05	Nº DA OCORRÊNCIA: 0459
DATA: 19/06/2019	TURN: MT	EQUIPE: Sandra + Wenis
NOME: Sabino Saldanha da Silva	IDADE: 71	SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Genibau nº 609	Bairro: Genibau	
QTY: 11:45	QUS: 12:00	QV: 12:40
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Utropelema por moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS	<input type="checkbox"/> OSTRUIDAS	POR:
---	------------------------------------	------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
	<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> ROTOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> SECA	<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRACUCÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUADOREICA		
	<input type="checkbox"/> FLUFORME	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRIA		

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SONHO (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6	
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5	
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MONTAMENTO DE RETRADA <input type="checkbox"/> 4	
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONOS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3	
	TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2	
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS			

E Exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		1º no pescoço + edema no nariz 2º dor nos costelas lado D 3º fratura 2º quadrante mão 4º escoriações nos joelhos	

## SAMPLA

FC: 72	PA: 170 X 80	FR: 18	SUC:	OXIM: 96%	TEMP:
--------	--------------	--------	------	-----------	-------

Documentação médica - hospitalar



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM: \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de atropelamento por moto, consciente, orientada, nega vincope, apresenta edema + escoriações no nariz + hemorragia, porém sem sinais de sangramento, refere dor nos costela do lado E, fratura no 2º. queto do 1º. da mão E, escoriações nos joelhos.  
Paciente hipertensa

ASS. / COREN: Sandra

ANOTAÇÕES / CONDUÇÃO DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: UF - Bangu

BOLETIM EMERG: \_\_\_\_\_

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_  
☐ ÓBITO ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO  
ASS. DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: Dr. Fausto Neto  
Tratado - Ortopedia

CRM: 3564  
EM: 19/05/19 às \_\_\_\_\_ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

TERMO DE RECUSA

EU, \_\_\_\_\_

RG / CPF: \_\_\_\_\_

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_




[illegible]







# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339226/19

Número do Sinistro: 3190560558

Vítima: SABINO SALDANHA DA SILVA

CPF: 371.877.163-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SABINO SALDANHA DA  
SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

Outros



## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

SABINO SALDANHA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

**À SEGURADORA LIDER**

**ASSUNTO: CARTA DE CANCELAMENTO DE SINISTRO**

**SINISTRO: 3190/560558**

**CPF:371.877.163-20**

**EU, SABINO SALDANHA DA SILVA**, venho por meio desta, solicitar junto a SEGURADORA LIDER, o cancelamento do meu sinistro por invalidez do seguro DPVAT, visto que não tenho mais interesse em dar continuidade. Peço o envio de toda documentação para Rua. Barão do Rio Branco 1779, Centro de Fortaleza- Ce

**FORTALEZA/CE, 14 de Novembro 2019**

*Sabino Saldanha da Silva*

**SABINO SALDANHA DA SILVA**

À SEGURADORA LIDER

ASSUNTO: CARTA DE CANCELAMENTO DE SINISTRO

SINISTRO: 3190\260228

CPF: 371.877.163-20

EU, SABINO SALDANHA DA SILVA, venho por meio desta, solicitar junto a SEGURADORA LIDER, o cancelamento do meu sinistro por invalidez do seguro DPVAT, visto que não tenho mais interesse em dar continuidade. Peço o envio de toda documentação para Rua. Bairro do Rio Branco 1779, Centro de Fortaleza - Ce

---

FORTALEZA/CE, 14 de Novembro 2019

---

SABINO SALDANHA DA SILVA





Correios		REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) 0,223
Recebedor			AR MP
Assinatura	Doc.		
JT 78574744 4 BR			

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO  
RIO DE JANEIRO/RJ  
20011-904

TELEFONE/Phone number	
State	PAÍS/Country

2000



REMETENTE / Sender

SABINO SALGAMHA DA SILVA 08589109

ENDERÇO / Address

RUA DAS PEDRINHAS 710 - GENIPÁ

CEP / Zip

60524030

CIDADE / City

Fortaleza

UF / State

CE

PAÍS / Country



RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE  
To recycle materials is to preserve the environment



DEVOLUÇÃO / Return

- ☐ Ausência de aviso
- ☐ Recusado (refuso)
- ☐ Desconhecido (unknown)
- ☐ Não procurado (no answer)
- ☐ Ausente (away)
- ☐ Falhado (failure)
- ☐ Endereço insuficiente (insufficient address)
- ☐ Não existe o número indicado (no such number)
- ☐ Outros (other)

(CNIS)

Tentativas de entrega (delivery attempts)

1ª / 1st 2ª / 2nd 3ª / 3rd 4ª / 4th 5ª / 5th 6ª / 6th 7ª / 7th 8ª / 8th 9ª / 9th 10ª / 10th

Informação prestada pelo porteiro ou síndico  
Information provided by the doorman or the condo manager

Reintegrado ao serviço postal em  
Reintegrated to postal service

Data: / / Assinatura:  
Date: / / Signature

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025593/20

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**SABINO SALDANHA DA SILVA : 371.877.163-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

SABINO SALDANHA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025593/20

**Número do Sinistro:** 3200030114

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**SABINO SALDANHA DA SILVA : 371.877.163-20**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

SABINO SALDANHA DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200030114

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**Data do acidente:** 19/06/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 2º quirodáctilo direito, fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 10°, pronação aos 40°, supinação aos 40°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do 2º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 50°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, preensão palmar anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do 2º quirodáctilo direito, fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz, conforme documentos de pronto atendimento datados em 19/06/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do 2º quirodáctilo direito. No que diz respeito a fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz, realizou tratamento medicamentoso e conservador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do 2º dedo da mão direita e do punho esquerdo, e quadro resolutivo com ausência de sequelas na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional parcial e incompleta do 2º dedo da mão direita, em grau médio, devido à redução da mobilidade. Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/02/2020

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200030114 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO NASAL.  
FRATURA DE 2º DEDO DA MÃO DIREITA.  
ESCORIAÇÕES EM JOELHO À DIREITA E ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(BAM) SINISTRO ANTERIOR (3190560558) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: PROCESSO CANCELADO (06/12/2019). / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025593/20

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**SABINO SALDANHA DA SILVA : 371.877.163-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

SABINO SALDANHA DA SILVA

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339226/19

**Número do Sinistro:** 3190560558

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

SABINO SALDANHA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339226/19

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**SABINO SALDANHA DA SILVA : 371.877.163-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA  
CPF: 158.640.827-59

SABINO SALDANHA DA SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025593/20

**Número do Sinistro:** 3200030114

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**CPF:** 371.877.163-20

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SABINO SALDANHA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**SABINO SALDANHA DA SILVA : 371.877.163-20**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020  
Nome: SABINO SALDANHA DA SILVA  
CPF: 371.877.163-20

SABINO SALDANHA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200030114

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SABINO SALDANHA DA SILVA

**Data do acidente:** 19/06/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 2º quirodáctilo direito, fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 10°, pronação aos 40°, supinação aos 40°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do 2º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 50°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, preensão palmar anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do 2º quirodáctilo direito, fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz, conforme documentos de pronto atendimento datados em 19/06/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do 2º quirodáctilo direito. No que diz respeito a fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz, realizou tratamento medicamentoso e conservador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do 2º dedo da mão direita e do punho esquerdo, e quadro resolutivo com ausência de sequelas na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional parcial e incompleta do 2º dedo da mão direita, em grau médio, devido à redução da mobilidade. Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/02/2020

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



**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: 3200030114

Nome do(a) Examinado(a): SABINO SALDANHA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R DAS PEDRINHAS, 710, , 60.534-030, PRQ GENIBAU, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 95021011199

Data e local do acidente: 19/06/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 14/02/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura do 2º quirodáctilo direito, fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do 2º quirodáctilo direito. No que diz respeito a fratura do rádio distal esquerdo e fratura dos ossos próprios do nariz, realizou tratamento medicamentoso e conservador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 2º dedo da mão direita e no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 50°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 10°, pronação aos 40°, supinação aos 40°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do 2º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 50°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 50°, preensão palmar anormal. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

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

Sim

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

Perda funcional parcial e incompleta do 2º dedo da mão direita, em grau médio, devido à redução da mobilidade. Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**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"

() "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.

Punho Esquerdo - Médio - 50%

2º Dedo da Mão Direita - Médio - 50%

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

Não apresenta sequelas na estrutura craniofacial.

  
Dr. Grete Freitas Casalsante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200030114**

**Vítima: SABINO SALDANHA DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SABINO SALDANHA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200030114**

**Vítima: SABINO SALDANHA DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SABINO SALDANHA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030114

Vítima: SABINO SALDANHA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SABINO SALDANHA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **SABINO SALDANHA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000002251-9**

Conta: **0000034181-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,





# EDITO DO SEGURO DPVAT

DAMN (DESPEJ. SDE AT. ASTÉRCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

371.877.163-20

Sabino Saldanha da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA: PESSOAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Sabino Saldanha da Silva

371.877.163-20

7 - Profissão:

Aposentado

8 - Endereço:

Rua das Pedrinhas

9 - Número:

730

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Parque Genibau

12 - Cidade:

Fontalena

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.534-030

15 - E-mail:

Veruchanabernardo@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(085) 9.8900.4595

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA / BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDEVIDAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAIS, CURADOR/TUTOR

☐ CONTA POUPANÇA (somente para entidades abertas ao público)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (000)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

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 para todos os fins de direito, a validade e a eficácia da presente autorização, quitando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO

23 - NENHUM LAUDO SORTEADO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso houver de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO

24 - PROCESSAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

26 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

27 - Data do acidente:

28 - Data da morte:

29 - Grau de Parentesco com a vítima:

30 - Vítima deixou filhos?

31 - Vítima deixou filhos?

32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

33 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Se tinha filhos, informar vivos:

35 - Vítima deixou filhos?

☐ Sim

☐ Não

36 - Se tinha filhos, informar vivos:

37 - Vítima deixou filhos?

☐ Sim

☐ Não

38 - Se tinha filhos, informar vivos:

39 - Vítima deixou filhos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte e que os beneficiários que se apresentarem e provarem a condição, estando ciente, ainda, de que quem contestar ou der responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição:

36 - CPF legível de quem assina a requisição:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontalena, 19/09/2019

Sabino Saldanha da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Hora: 09:22

Data: 20/09/2019 Term: 039975 N.Trans: 775

Valor: 20,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 2251 / R.BARAO R.BRANDO-UFG

Conta: 0034181-9

Titular 1: SABINO SALDANHA DA SILVA

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talão de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcão,  
nem esperar pelo corraio.

Alo Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha um bom dia

Fone Fácil  
SAC/Alô Bradesco - 0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 727 8933  
De 2ª a 6ª das 8h às 18h, exceto feriados.

Cartão de Crédito  
SAC Cartões Elo, Visa e Mastercard - 0800 727 8988  
SAC - American Express Membership Rewards - 0800 721 1188  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Cartão Pré-Pago  
Atendimento no Cliente - 4003 0708  
Demais localidades - 0800 882 0708  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 888 7609  
SAC - 0800 888 7609  
Atendimento Exterior - +55 11 4003 0708  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Next  
Central de Relacionamento - 0800 275 6398  
SAC Next - 0800 722 8398  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 888 6398  
De 2ª a 6ª das 8h às 18h, exceto feriados.

Atualizado 05/2019 - V4618 - 2007-9 - 389 121105

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes; fontes de calor e umidade excessiva; evitar também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Fone Fácil - 4002 0022  
Demais localidades - 0800 570 0022  
SAC/Alô Bradesco - 0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 727 8933  
De 2ª a 6ª das 8h às 18h, exceto feriados.

Cartão de Crédito  
SAC Cartões Elo, Visa e Mastercard - 0800 727 8988  
SAC - American Express Membership Rewards - 0800 721 1188  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Cartão Pré-Pago  
Atendimento no Cliente - 4003 0708  
Demais localidades - 0800 882 0708  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 888 7609  
SAC - 0800 888 7609  
Atendimento Exterior - +55 11 4003 0708  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Next  
Central de Relacionamento - 0800 275 6398  
SAC Next - 0800 722 8398  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 888 6398  
De 2ª a 6ª das 8h às 18h, exceto feriados.

Atualizado 05/2019 - V4618 - 2007-9 - 389 121105

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes; fontes de calor e umidade excessiva; evitar também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.877.163-20 4 - Nome completo da vítima: Sabino Saldanha da Silva

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

5 - Nome completo: Sabino Saldanha da Silva 6 - CPF: 371.877.163-20  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: dos pedrinhos 9 - Número: 710 10 - Complemento:  
11 - Bairro: parque Genibau 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ce 14 - CEP: 60.534-030  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-986174813

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 2251  CONTA: 34181  9  
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza - Ce. 17/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019591449

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2852 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/08/2019 16:21:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/06/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GENIBAU**  
Complemento:  
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SABINO SALDANHA DA SILVA**  
Nascimento: **29/08/1947** CPF: **371.877.163-20**  
RG: **95021011199** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **GERALDA SALDANHA DA SILVA**  
Endereço: **RUA DAS PEDRINHAS, 710**  
Bairro: **GENIBAU**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99118-8770**

### Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AVENIDA GENIBAU QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE DO ATROPELAMENTO A VITIMA FICOU LESIONADA, E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//////  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

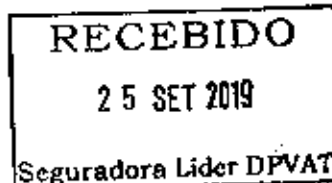
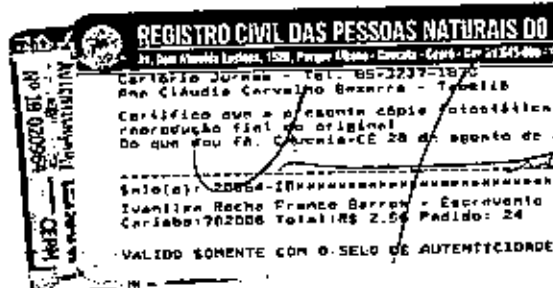
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

SABINO SALDANHA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019591449

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2852 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/08/2019 16:21:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/06/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GENIBAU**  
Complemento:  
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SABINO SALDANHA DA SILVA**  
Nascimento: **29/08/1947** CPF: **371.877.163-20**  
RG: **95021011199** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **GERALDA SALDANHA DA SILVA**  
Endereço: **RUA DAS PEDRINHAS, 710**  
Bairro: **GENIBAU**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99118-8770**

### Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AVENIDA GENIBAU QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE DO ATROPELAMENTO A VITIMA FICOU LESIONADA, E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE./////////  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

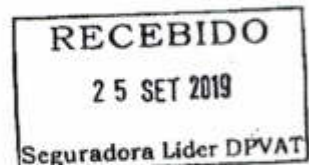
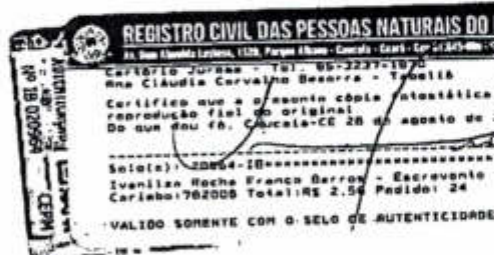
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Sabino Saldanha da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*Maria Carolina Santos Barreira*  
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7





Comp. Reg. de Acidentes Declarados



## DECLARAÇÃO



**192**

REGISTRO FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sabino Saldanha da Silva** - C.P.F. - **371.877.163-20**, no dia **19/06/2019**, às **12h**, na **Avenida Genibaú**, no **Bairro Parque Genibaú**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P805207/2019**.

Fortaleza, 12 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

Marcelo César Campos Cabral  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Tel. 45690-1

**Marcelo César Campos Cabral**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.877.163-20 4 - Nome completo da vítima: Sabino Saldanha da Silva

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

5 - Nome completo: Sabino Saldanha da Silva 6 - CPF: 371.877.163-20  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: dos pedrinhos 9 - Número: 710 10 - Complemento:  
11 - Bairro: parque Genibau 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ce 14 - CEP: 60.534-030  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-986174813

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2251 CONTA: 34181 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza - Ce. 17/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Declaração de Inexistência de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**



Comp. Rep. de Acidentes Declarados



## DECLARAÇÃO



**192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sabino Saldanha da Silva** - C.P.F. - **371.877.163-20**, no dia **19/06/2019**, às **12h**, na **Avenida Genibaú**, no **Bairro Parque Genibaú**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

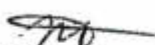
Documento requerido por meio do Processo nº **P805207/2019**.

Fortaleza, 12 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,

  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Marcelo César Campos Cabral  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45690-1

**Marcelo César Campos Cabral**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde

P-805207/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 206 16	PONTO DE APOIO: Rua na 05	Nº DA OCORRÊNCIA: 0459
DATA: 19/06/2019	TURNO: MT	EQUIPE: Sandro + Denis
NOME: Sabino Saldanha da Silva	IDADE: 74 e	SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Genibau nº 609	BAIRRO: Genibau	
REFERÊNCIA:		
QTY: 11:45	QUS: 12:00	QUY: 12:40
QUV: 13:05		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento por moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input checked="" type="checkbox"/> LÉVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
--	-------------------------------------	------

A Vitalidade	B Respiração	C Circulação	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
			<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
			<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
			<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE					

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CÍCLO	<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> FLUFORME	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL		
LOCAL:				

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6	
	A VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO INCONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5	
A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4		
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3		
TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2		
PUPILAS:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS			

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		1º inspeção - edema no nariz 2º dor nos costelas lado D 3º fratura 2º quadrante mão 4º inspeção nos joelhos	

SAMPLA					
FC: 72	PA: 170 X 80	FR: 18	GLC:	OXIM: 96%	TEMP:

Documentação médico - hospitalar



QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUV: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de atropelamento por moto, consciente, orientada, nega vômito, apresenta dor edêmica + sangramento no nariz + hemorragia, porém sem sangramento, refere dor nos costela do lado E, fratura no 2º queto do 1º da mão E, escoriações nos joelhos.  
Paciente é hipertensa

ASS. / COREN: Sandra

ANOTAÇÕES / CONDUTA DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: HUF - Baurer

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO

Jose Facundo Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 3364

EM: 19/06/19 às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: