



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia **23/12/2017**, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE: 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde




SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia 23/12/2017, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE: 308.314
Enfermeira

SABEM SEGURADORA S/A

07 JUN 2018

RECEBIDO

SAMU 192 CEARÁ

Nº DO CLIENTE

27659-6

Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018

Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO

End. Postal FZ OITICICA 00036
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 3078727 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Fev/2018 Data de Apresentação 05/02/2018 Previsão Próxima Leitura 07/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Dez/2017 EUSD 20,67
Mês DIC/17 0,00 %

ICMS

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

ISENTO

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
10,55	21,17	42,34	8,16	11,73	15,55
DIC 7,67	15,34	30,69	2,00	4,00	5,00
FIC 5,68			1,99		
DMIC					

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

27659.6488.9069.0421.0114.0207.5658.044F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 28481	28322	1,00	159	0,00	0,00	2,22774	54,81
05/02/18	08/01/18		28 DIAS	159			54,81

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
Multa Moratória Ref 11/2017
INDENIZAÇÃO MENSAL DNICVALOR (R\$)
54,81
1,17
-0,02

VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	25,18
Distribuição	2,61
Encargos Setoriais	17,78
Tributos (PIS-COFINS)...	6,15
TOTAL	2,09
TOTAL	54,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
163	159	154	182	152	188	153	172	154	155	173	145

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido 08 (CO₂) Compensado 08 (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimo devido até esta data, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Mês/Ano	Valor R\$
07/2017	12,62
10/2017	72,87
11/2017	59,73
12/2017	70,36

Consta desta fatura R\$ 2,09 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,14%
Para o mês de Janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

7929856-7

Para aplicar seu pagamento, utilize o QR acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valério, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07043251/0001-70 | CGP 06.105.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 19 28030 06 001825 - 1 519016059
Nome GERUSA DOS SANTOS GARCIA Data de Emissão 27/03/2018
End. Posto AV PAULO FRANCO 00264 00264
JAIHE LOPES - QUIXERAMOBIM -

Medidor 7761083 Poste 0000 H995
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO
RG/CPF/CNPJ 016934813-08 CGP
Nome do Responsável

DATAS

Referência 27/03/2018 26/04/2018
Mar/2018 27/03/2018 26/04/2018

Base do Cálculo (R\$) 83,58
Valor do Imposto 12,50

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O SATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
27	27	75	1,00						

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento
DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
FI	FI	FI	FI	FI	FI	FI	FI
DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM

Descrição	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DE MES	83,58
MULTA HORATORIA REF 02/2018	1,00
CORREÇÃO MONETARIA DO MES	0,00
IMPOSTO DE RENDAS	12,50
TOTAL A PAGAR	97,08

SAREM SEGURADORA S/A
07 JUN 2018
RECEBIDO

Nº DO CLIENTE

27659-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018

Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO

End. Postal FZ OITICICA 00036
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 3078727 Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Fev/2018 Data da Apresentação 05/02/2018 Previsão Próxima Leitura 07/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Dec/2017 EUSD 28.67
Mês DICR1- 0.00 F

ICMS

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

ISENTO

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10.58	21.17	42.34	8.10	11.73	15.55
DIC	7.27	15.34	30.69	2.00	4.00
FIC					5.00
DMIC	5.68			1.99	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

27659.6488.9069.0421.0114.B2E7.565B.B44F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
28481	28222	0.00	159	0.00	159	0.34174	54.81
05/02/18	08/01/18		28 DÍG		159		54.81

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 11/2017	1.17
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-0.02

VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	28.18
Distribuição	2.00
Encargos Setoriais	17.78
Tributos (TOM PIS/COFINS)	6.15
TOTAL	2.09
TOTAL	54.81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

163	159	154	182	152	188	153	172	154	155	173	145	173
FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão de CO₂ Compensação (kg CO₂) Conciliação Ecológica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem pagamento até esta data, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Mes/Ano	Valor R\$
01/2017	127.63
02/2017	72.07
03/2017	59.73
04/2017	73.36

Consta desta fatura R\$ 2.09 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0.66% e COFINS:3.14%

Lei nº 9.472, de 13 de maio de 1997 - ANEEL e Lei nº 10.437 de 24 de maio de 2002

Para o mês de Janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

RECEBIDO

07 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gerusa dos Santos Garcia inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.934.813 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Djavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidado da Vítima Cesar Djavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Raulo Franco</u>		Número <u>264</u>	Complemento
Bairro <u>Jaime Lopes</u>	Cidade <u>Fluixaramobim</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>63.800-000</u>
Email <u>gerusasantos2019@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9766-8985</u>

Fluixaramobim, 10 de abril de 2018
Local e Data

Gerusa dos Santos Garcia
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gerusa dos Santos Garcia inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.934.813 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Wjavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Cesar Wjavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Paulo Franco</u>		Número <u>264</u>	Complemento
Bairro <u>Jaime Lopes</u>	Cidade <u>Quixeramobim</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.800-000</u>
E-mail <u>gerusasantas2019@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9.9761-8985</u>

Quixeramobim 12 de novembro de 2018
Local e Data

Gerusa dos Santos Garcia
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonia Vania Isaias de Albuquerque

RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2016

Órgão SSP/DF/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com

domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Fazenda Oiticica, nº 59,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Cesar Givan Barbosa Gomes cujo o condutor era

Cesar Givan Barbosa Gomes

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: P002960

Chassi: 9C2JB0100HR226086

Data do Acidente: 23/12/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/04/2018



Antonia Vania Isaias de Albuquerque
Assinatura do Declarante

Cesar Givan Barbosa Gomes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
QUIXERAMOBIM - CE
Rua: Cônego Aureliano Nova, 156
Bairro: Centro - CEP 62.500-500
CNPJ: 15.914.090/0001-55



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônia Vânia Isaias de Albuquerque

RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2016

Órgão SSP/DS/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com

domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de

Ceará, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Fazenda Oiticica, nº 59,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Cesar Javan Barbosa Gomes cujo o condutor era

Cesar Javan Barbosa Gomes

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: P002960

Chassi: 9C2JB0100HR226086

Data do Acidente: 23/12/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/04/2018

Antônia Vânia Isaias de Albuquerque

Assinatura do Declarante

Cesar Javan Barbosa Gomes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:

Antônia Vânia Isaias de Albuquerque

Deu Fê. Quixeramobim - CE 09/04/2018

Em testemunho _____ da verdade.

João Dantas Coutinho

ESCREVENTE

Cartão de Identificação do Escritor:

Nome: João Dantas Coutinho

CPF: 033.350.802

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: 03/12/2018 13:29:42

CARTÓRIO 1º OFÍCIO

QUIXERAMOBIM - CE

Rua: Cônego Aureliano Mota, 156

Bairro: Centro - CEP 63.590-000

CNPJ: 15.914.090/0001-55

RECEBIDO

07 JUN 2018

ASSINADOR/QUIXERAMOBIM

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 01/06/2018 HORÁRIO: 08:30 ATENDIMENTO N°: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Camila Maria

SEXO: F DATA NASCIMENTO: 1/1/1980 IDADE: 38 ESTADO CIVIL: Solteira

MÃE: Marlene SUS: 123456789

NATURALIDADE: Quixeramobim PROFISSÃO: Enfermeira

SUSENDOREÇO: Quixeramobim BAIRRO: Centro CEP: 63900-000

CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: 3333-3333

AGENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

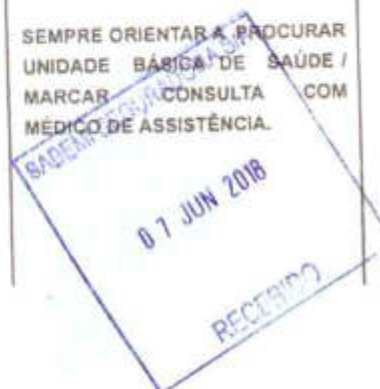
Sergio Victor Junior Pontes
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 120 X 80 mmHg SPO₂: 98 % FC: 75 bpm FR: 18 lpm T: 36,5 °C PESO: 65 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas fatais; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Ferimentos; ferimentos cortantes;	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; delírios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epístaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente masculino, 30 anos, vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões por contusão e lacerações. Trauma no tórax e abdômen. Estado de consciência preservado. Sinais vitais: PA 120/80, FC 90, FR 18, SatO₂ 98%.

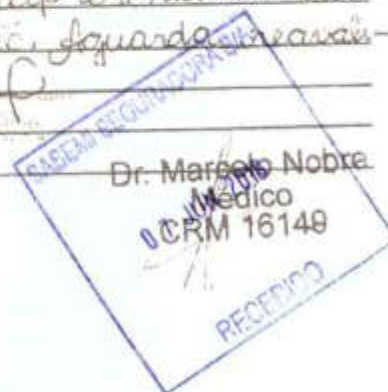
PRESCRIÇÃO:

Paracetamol 500mg (3x3) (500)
Dor no tórax e abdômen
03/45

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente internado, vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões por contusão e lacerações. Medicado conforme prescrição. Aguardando avaliação de enfermagem. Juf





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES		ID Paciente: 5545430
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404





INSTITUTO DR. JOSÉ FROI
"24 hora de proteção à vida"



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES		ID Paciente: 5545430
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reproprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 22 / 12 / 17 HORÁRIO: 03:20 ATENDIMENTO Nº: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: CECÍLIA ROSALVA

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 1 / 1 / IDADE: ESTADO CIVIL: Solteira

MÃE: SUS:

NATURALIDADE: Quixeramobim PROFISSÃO: Doméstica

ENDEREÇO: Rua do Sol BAIRRO: CEP: 63.900-000

CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Sergio Victor Junior Bastos
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor torax por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas graves; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: ____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto
(T.S.C.) apresentando escoriações diversas,
náuseas e vômitos

PRESCRIÇÃO:

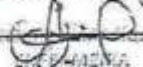
- 1) Paracetamol 1000mg EV (500) (500)
- 2) DEXA 12mg EV
- 3) analg. B + VIT. C no sono
- 4) Plavix 75mg EV
- 5) Manutenção de 16 FU

03.45

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto, apresentando ex-
coriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição. Aguarda reali-
zação de exame de urina e de enfermagem

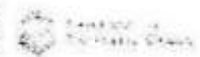
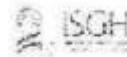

Dr. Marcelo Nobre

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins,
que o Císcar D'Ávila Barbosa
Gomes, 33 anos, sinalizado de TCE,
apresentando a falha de difícil
controle, mesmo em uso regular
de medicação (Topiramato 150/dia).
Resalte que o paciente é grave
e capaz de exercer sua
atividade laboral (Agricultor).
CID 10 G44.3

DATA:

02/10/18

MÉDICO | CREMEC

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



Dr. Pontes Neto

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/12/2018 HORÁRIO: 13:20 ATENDIMENTO Nº: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Carla
 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 1/1/1971 IDADE: 47 ESTADO CIVIL: Divorçada
 NOME: Carla SUS: 123456789
 ATUALIDADE: 1 PROFISSÃO: Professora
 ENDEREÇO: Rua 13 de Maio, 1320-17 BAIRRO: Centro CEP: 63900-000
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: 3333-3333

ATIVIDADE LABORAL: SIM () NÃO ()

PA: 72 mmHg SPO₂: 98 % FC: 68 bpm FR: 18 lpm T: 36.5 °C PESO: 65 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumático/TC; <input type="checkbox"/> Quedas de grande altura; <input type="checkbox"/> Gama ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + dispnéia + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor torácica por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas graves; <input type="checkbox"/> Hiper ou hipotermias (abaixo de 35°C); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações de ECG + sintomas (irregulares); <input type="checkbox"/> Hemorragia controlada; <input type="checkbox"/> Traumas; ferimentos graves;	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, delírios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diarreia + sudorese, alteração de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquicardia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°C); <input type="checkbox"/> Lesões, entorse + dor	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escitados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvida moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MEDICO DE ASSISTÊNCIA.

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MEDICO DE ASSISTÊNCIA.

07 JUN 2018

PROF. DR. PONTES NETO

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA

HORARIO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

PRESENÇA

EVOLUÇÃO DA EMERGÊNCIA

EVOLUÇÃO DA EMERGÊNCIA

Paciente localizado, vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos por arma branca. Medicada conforme prescrição, aguardando avaliação de cirurgião de emergência. *Assinatura*

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16148



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES		ID Paciente: 5545430
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

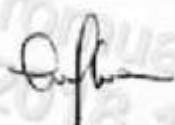
TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.


CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404

03/12/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS ESTADOS DO BRASIL
874601530

PROIBIDO PLASTIFICAR
874601530

NOME: CESAR JAVAN BARBOSA GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE: 2002021090014 SSPDC CE

CPF: 016.144.473-30 DATA NASCIMENTO: 21/11/1984

RELACAO:
PAULO ACESIO DA SILVA
GOMES
MARIA GORETE BARBOSA
GOMES

PERMISSAO: ☒ CONDUTIVA ☐ ACC ☐ CAT/PA ☐ AB

Nº REGISTRO: 03907074527 VALIDEZ: 17/06/2018 1ª HABILITACAO: 05/08/2006

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Cesar Javan Barbosa Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: COIXADA, CE DATA EMISSAO: 02/09/2013

1m Vef - 2h
ASSINATURA DO EMISSOR 49681640493
CE136266894

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS ESTADOS NACIONAIS

874601530

CE

03907074527

17/06/2018

05/08/2006

02/09/2013

49681640493

CE136266894

07 JUN 2018

RECENDO

07 JUN 2018

RECENDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2002021090014 SSPDC CE

CPF
016.144.473-30

DATA NASCIMENTO
21/11/1984

RELAÇÃO
PAULO ACESIO DA SILVA
GOMES
MARIA GORETE BARBOSA
GOMES

PERMISSÃO
ACC

CAT. IVA
AB

Nº REGISTRO
03907074527

VALIDADE
17/06/2018

1ª EMISSÃO
05/08/2006

EXERCE ATIV. REMANESCENTE:

Cesar D. Javan Barbosa Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OIXADA, CE

DATA EMISSÃO
02/09/2013

49681640493
CE136266894

ASSINATURA DO EMISSOR

DEFEN. RESC. 15/11/13



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

Polígono Direito




Gerusa dos Santos Garcia

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015091146 - 1 DATA DE EMISSÃO 19/08/2015

NOME GERUSA DOS SANTOS GARCIA

FILIAÇÃO LUIS VAZ DE ABRÊU

MARIA DOS SANTOS DE ABRÊU

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 10/04/1986

DIG. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: GERALDINA TERMO: 5016 FOLHA: 184

LIVRO: B-10 BOA VIAGEM - CE

CPF 016.934.813-00

1 VTA

LEI Nº 7.116 DE 24 DE 83

P.: 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013547718480

VA- 01 1105972221 COD RENAVAM 0000000000 EXERCÍCIO 2017

ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE
QUINERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ 51045494372 PLACA E002960

PLACA ANT/UF 9C2JB0100HR226086

ESPECIE TIPO GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POF 1101

CAT/POT/CIL 2E/0CV/103CC

COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 13/12/2017

QUINERAMOBIM/CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE QUALQUER ESTADO OU PAIS SEM CARGA APESAR DE
TRANSPORE ADAS OU NAO SE GUARDE COPIA

CE Nº 013547718480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/12/2017

VIA 01 51045494372 CPF/CNPJ 51045494372 PLACA E002960

RENAVAM 1105972221 MARCA/MODELO HONDA/POF 1101

ANO FAB 2016 CNH 09 9C2JB0100HR226086

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PAGAMENTO 00/00/0000

PROPRIETARIO LOTE/DE SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 06399508/0001-04

MOTOR: JEB1E0H226086

JUN-2017

RECIBO
8102 JUN 10
SAC SEGURADORA LIDER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013547718480

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PLACA: 01 1105972221 COD. RENAVAM: 0000000000 EXERCÍCIO: 2017

NOME: ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE
QUIXERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ: 51045494372 PLACA: EC02960

PLACA ANT./UF: 51045494372 CHASSI: 5C2JB0100HR226086

ESPECIE TIPO: GASOLINA

MARCA/MODELO: PAS/MOTOCICLO/MAG APLIC 2016 2017

CATEGORIA: 2E/0CV/103CC

VENO: COTA UNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: 13/12/2017

DATA: 13/12/2017

CE Nº 013547718480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

RENAM: 51045494372 EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 13/12/2017

PLACA: EC02960

MARCA/MODELO: HONDA/POE 1101

CHASSI: 5C2JB0100HR226086

ANO/FAB: 2016 09

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO: 00/00/0000

DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

RECEBIMOS
02 JUN 2018
13:30:54

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **(4)RELATÓRIO MÉDICO 02/10/18 - "CEFALÉIA".

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Cison Wavam Barbosa Gomes
Nacionalidade: brasileira
Estado civil: Solteiro
Identidade: CM 03907074527
CPF: 016.144.473-30
Profissão: Agricultor
Endereço: Fazenda Oliveira distrito paus branco
CEP: 63.800-000
Telefone: _____

OUTORGADO:

Nome: Guarandau Santos Garcia
Nacionalidade: brasileira
Estado civil: casada
Identidade: 2013091146-1
CPF/CNPJ: 016.934.813-08
Profissão: recuso-me
Endereço: Raulo Franco 264 Jaime Lopes
CEP: 63.800-000
Telefone: (88) 9.9761-8985 (88) 9.9218-0612

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a Vítima:

Cison Wavam Barbosa Gomes

Quixeramobim - 19 OUT 2018

Local e data

Cison Wavam Barbosa Gomes

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436540/18

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

CPF: 016.144.473-30

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/12/2017

Titular do CPF: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERUSA DOS SANTOS GARCIA : 016.934.813-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES : 016.144.473-30

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: 03/12/2018
Nome: GERUSA DOS SANTOS GARCIA
CPF: 016.934.813-08

GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Nº Sinistro: **3180567946**

Vítima: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Data do Acidente: **23/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERUSA DOS SANTOS GARCIA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567946**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13674954





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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180567946 **Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Data do Acidente: 23/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do sinistro ou ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

016.144.473-30

Cesar Djavan Barbosa Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Cesar Djavan Barbosa Gomes	016.144.473-30	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Fazenda Iticica	36	
Bairro	Cidade	Estado
Distrito São Miguel	Quixeramobim	Ceará
Email	CEP	Telefone (DDD)
geruasantos2019@gmail.com	63.800-000	(83) 9761-3985

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
016	01327504	016	01327504
2843	3		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Quixeramobim 10 de abril de 2018

Local e Data

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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:
	016.144.473-30	Cesar Nivan Barbosa Gomes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Cesar Nivan Barbosa Gomes	016.144.473-30	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Fazenda Iticica	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Rua brancas	Quixeramobim	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
gusasantos2019@gmail.com	63.800-000	(88) 9.9018-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0843 ☐ CONTA: 013 27504 3 ☐

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

Local e Data: Quixeramobim 22/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cesar Nivan Barbosa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____	SABEMI SEGURADORA S/A
CPF: _____	
Assinatura: _____	03 DEZ 2018
2ª Nome: _____	
CPF: _____	RECEBIDO
Assinatura: _____	

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**
Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**
RG : Órgão Emissor:
Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
Endereço: **VILA OITISICA, 15**
Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2JB0100HR226086 Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE 2 CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 827 / 2018**

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Cesar Flavio Barbosa Gomes***VISTO DO DELEGADO(A) :****CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 827 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**

Complemento:

Bairro:

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**

RG :

Orgão Emissor:

Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES****PAULO ACESIO DA SILVA GOMES**Endereço: **VILA OITISICA, 15**Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**Município: **QUIXERAMOBIM/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99201-1071****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: POO2960 Uf: CE Município: QUIXERAMOBIM Chassi:****9C2JB0100HR226086 Renavam: 1105972221 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/POP 110I Ano Fabricação:****2016 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA****Proprietário: ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE Situação:****NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE - CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

FLS. _____

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 827 / 2018**

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Cesar Jovian Barbosa Gomes

CPF da Vítima

016.144.473-30

Data do Acidente

23/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

gerusasantos2019@gmail.com

Telefone (DDD)

(88) 9761-8985

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Quixeramobim, 10 de abril de 2018

Local e Data

Cesar Jovian Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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:
	016.144.473-30	Cesar Nivan Barbosa Gomes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Cesar Nivan Barbosa Gomes	016.144.473-30	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Fazenda Iticica	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Rua brancas	Quixeramobim	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
gusasantos2019@gmail.com	63.800-000	(88) 9.9018-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0843 ☐ CONTA: 013 27504 3 ☐

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data: Quixeramobim 22/11/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cesar Nivan Barbosa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ 03 DEZ 2018

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ RECEBIDO

(*) 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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180567946

Nome do(a) Examinado(a): CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Z OITICICA, 36 - QUIXERAMOBIM/CE - CEP 63800-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2002021090014 - SSP

Data e Local do Acidente : 23/12/2017 - Proximo a localidade de parada mil

Data e Local do Exame : 12/12/2018 RUA JOSÉ DE QUEIROZ PESSOA, 2511 - QUIXADÁ/CE - CEP 63902-098

Resultado da Avaliação Médica

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

Paciente vítima de acidente de moto, ocorrido no dia 23 de dezembro de 2017, sendo encaminhado para hospital de referencia sendo constatado presença de hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média, sendo indicado tratamento conservador.

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

Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

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

Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força

Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com luminosidade em uso de topiramato

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

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

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

(X) “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.

Paciente com quadro de cefaleia crônica pós traumática, em uso de topiramato (25mg/dia), nega uso de outras medicações para controle.

CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS CRM : 15512 / UF
:CE