

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01314345-0** em **07/07/2020 16:11:36**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua

Processo : 0228517-88.2020.8.06.0001

Protocolo : WEB1.20.01314345-0

Tipo da petição : Contestação

Assunto principal : Seguro

Data/Hora : 07/07/2020 16:11:36

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2723108_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf

Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Documentação : 2723108_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição

Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03508

CONTA: 00001094906-3

Nr. da Autenticação 98BD37FF8EA7896A



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO,
RG nº 2003097010055, data de expedição 09/07/10,
Órgão SSP, portador do CPF nº 605 701 863 - 07,
com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. CONÉGO DE CASTRO, nº 4500,
complemento BLOCO AP107, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DANILÓ ALISON MIRANDA CRUZ, cujo o condutor era DANILÓ ALISON MIRANDA CRUZ.

Veículo: PROMO Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano: 2011
Placa: CCD 8617 Chassi: 9C7AC4120CR500210
Data do Acidente: 19/11/11

Local e Data:

Fortaleza, 08 de Março de 2019

x Samuel de Carvalho Souza Marciano

Assinatura do Declarante



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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE NOURA ROLIM SILVA - OFICIALIA INTERINA
SUBSTITUTA: BARAH PHILONENO PONTES
CNPJ: 74.198.365/0001-80 - Rua Clementina Silva, nº 251 A - Mondubim - CEP 604.711-648 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3226.2621 / 3447.8769 - E-mail: cartoriodmondubim@procel.ce.gov.br

Reconhecido por autenticidade a firma indicada de
SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO
que confere ao original o conteúdo constante nele feito.
Fortaleza, 8 de Março de 2019. Em testemunha da verdade.

Regina Celina Mendonça Almeida - Advogada Autorizada
Valor Total R\$ 7,40

Cecília C. B. Almeida





Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

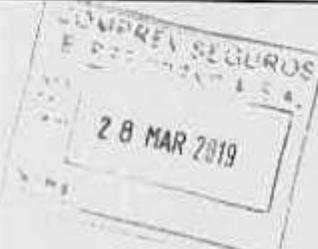
SAÚDE SUS
HOSPITALAR

Emitido em: 15/02/2019 8:45:6

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 19/11/2018 09:24:39		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 700009800782804	NOME: DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ			Registro: 5590255		
CPF: 05228077300	RG: 20000024307	D. NASC: 02/02/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ		NOME DO PAI: JOSE AMARILDO DA CRUZ				
TIPO DE LOGRADOURO: Rue		ENDERECO DO PACIENTE: EINSTEIN	Nº: 2446	BAIRRO: PARQUE SÃO JOSÉ		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 985487884,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60730520	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: SAMU USA 04 COND DENIS		PARENTESCO: A MÃE		TELEFONE: 985487884		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO	OBR DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.						
QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA +ENTUBADO + GRAVE+ FRATURA DE PUNHO E						
OBSERVAÇÕES: TCE/RESP INADEQUADA						
SINAIS VITais						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese						
Exame Físico						
Conduita						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				



CANINDEZINHO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ	Admissão: 19/11/2018	08:04
Prontuário: 102853	Sexo: Masculino RG: 2000002430739	
Data Nasc.: 02/02/1987 Idade: 31 ano(s) 9 mes(es) e 17 dia(s)		Telefone: (85) 98652-4239
Mãe: MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ	Bairro: CANINDEZINHO	CEP: 60000-000
Endereço: RUA DIVINA, 151, CASA 02		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: POLYANA CANDEIA MAIA	Risco: VERMELHO	Data: 19/11/2018 08:16
Queixa: Não responsivo após trauma agora (trazido pelo SAMU).		
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Risco de Queda: Sim	Alergia: Não
Discriminador: OBSTRUÇÃO DE VIAS AREAS	Chikungunya: Não	Prim/Sintoma
Dengue: Não Primeiro sintoma	Régua:	Pulso/FC:
Sato02: Glasgow: Temp.:	Glicemia:	

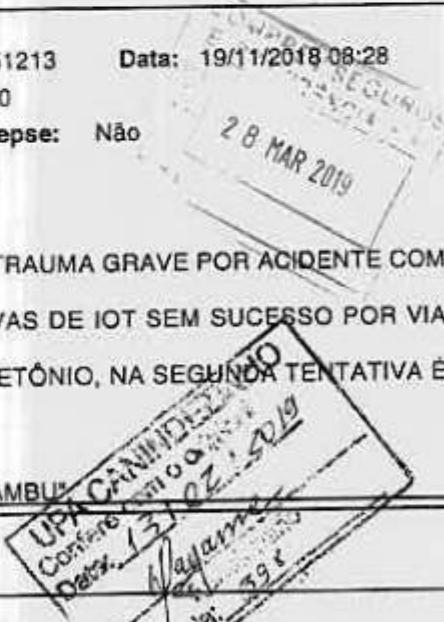
ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: PAULO ROGERY LOIOLA GUEDES	Nº Atendimento: 851213	Data: 19/11/2018 08:28
Eixo: SALA EMERGÊNCIA	CRM: 14888 P.A.: 110/80	
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:	Protocolo Sepse: Não	
Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS	Comorbidade:	
HDA/Exame Físico: TRAZIDO POR SAMU DIRETAMENTE PARA SALA VERMELHA - RELATO DE TRAUMA GRAVE POR ACIDENTE COM MOTOCICLETA. MÉDICO DO SAMU INFORMA HD DE TCE GRAVE COM VÁRIAS TENTATIVAS DE IOT SEM SUCESSO POR VIA AÉREA DIFÍCIL. PACIENTE JÁ NO EIXO VERMELHO É SEDADO COM ETOMIDATO E SUXAMETÔNIO, NA SEGUNDA TENTATIVA É REALIZADA IOT COM SUCESSO (TOT N° 7,5); SAMU - UTI MÓVEL REMOVE PACIENTE PARA IUF; PARÂMETROS PÓS IOT: PA 110/80MMHG FC 101BPM SAT Q2 100% COM IOT EM VENTILAÇÃO POR "AMBUL		

PROTÓCOLO SEPSE



EXAME

Médico: PAULO ROGERY LOIOLA GUEDES	Data: 19/11/2018 08:32
Tipos	Prescrição
Medicamento	SUXAMETÔNIO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 10ML AD / INTRAVENOSA /DOSE UNICA

Medicamento	ETOMIDATO 2 MG/ML - 10ML(20MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / INTRAVENOSA / DOSE UNICA
Medicamento	MIDAZOLAM 5MG/ML - 3ML(15MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 12ML AD / INTRAVENOSA / DOSE UNICA
Hidratação/Eletrolítos	Nº TOTAL DE FASES: 1 SOLUCAO FISIOLOGICA 0,9% - 500ML - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 2000 ML FASE(S) 1: VOLUME = 2000,0 ML; VAZÃO = 2000 ML/H INTRAVENOSA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



specialidade : <u>T.O</u>	Retorno: <u>25/09/19</u>	às <u>7:00</u> Profissional: <u>Valberto</u>
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
specialidade :	Retorno: <u>/ /</u>	às <u> :</u> Profissional: _____
ESPECIALIDADES		

ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADES
TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROCIRURGIA -
PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
- DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM

Rua Barão do Rio Branco, Centro, 1816 - Centro - CEP 60.025-001 - (66) 3255-5010 - (66) 3255-6186
Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5010 - (66) 3255-6186

ESPECIALIDADE

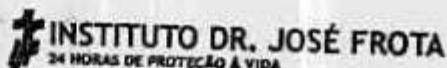
http://
www.

Name: Dawda Alioune Mbacké Registo genet: 559025

NUCLEO AMBULATORIAL



Resumo de alta



NOME: DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ
 LEITO:
 DATA DE 19/11/2018
 INTERNACAO:
 DATA DA ALTA: 03/01/2019
 BE/PRONT 5590255
 CIDADE DE FORTALEZA
 ORIGEM:
 IDADE: 31
 DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade distal do rádio (OPERADA)
 CONDUTA OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZACAO
 DECIDIDA ATÉ RETORNO : RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE
 PARA CADA ANALGESIA PRESCRITA
 LESAO:
 STAFF QUE
 OPEROU NA:
 EMERGENCIA:
 STAFF DO 44
 LEITO:
 RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 21/12/2018 - Sexta-Feira									
45	1	13:30	1711	VALBERTO BARBOSA PORTO FILHO			CAIXA PLASTICA DA MÃO + PLACA VOLAR DE RÁDIO DISTAL (ORTOCARDIO) CX BASICA TO PARA MMSS + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM + KIT BASICO: CX osteotomos, martelo, curetas e sacabocado + trepano pneumático Macon		REALIZADA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Ma.
por
YAU
DIA
FA
em
03-
201
15:

Dr. Yan Dias
Médico Residente
Cirurgião-Médico
CRM/CEC-18.500

Ass.: _____

Retornar dia: _____ Hora: _____ para
Dr. _____Data: 3/1/19*Voltarão após o inje*

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

USO ORAL

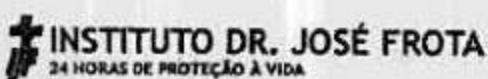
1- LISADOR 1G ----- 02CX

TOMAR 01CP ATÉ DE 6/6H SE DOR OU FEBRE

Dr. Yon Dida
Médico Residente
Otorrinolaringologista
CRMMEC 16.240

FORTALEZA, 03 DE JANEIRO DE 2019

28 MAR 2019

[Imprimir](#)

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões de internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 19/11/2018

DATA DA ALTA: 03/01/2019

BE/PRONT: 5590255

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 31

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade distal do rádio (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZACAO ATE RETORNO ; RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE ANALGESIA PRESCRITA

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: 44

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____ <i>Dr. Valberto</i>	Retomar dia: _____ Hora: _____ para Dr. _____ <i>Valberto</i>
Data: <u>3.1.19</u>	Dispensa do trabalho por: <u>03 meses</u>

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas





Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:
DANILO ALISON MIRANDA CRUZ, documento
de Identidade Nº 2000002430739, Prontuário
Médico Nº5590255 encontra-se internado neste
Hospital desde 19/11/2018 leito 1510 para
tratamento de saúde.

Fortaleza, 09 de JANEIRO de 2019


Daniel Alison Miranda Cruz
Responsável pela informação.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



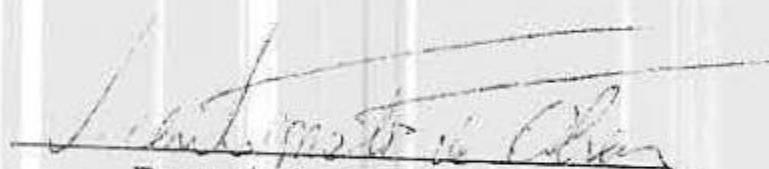
Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:**DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**, documento de identidade Nº**2000002430739** Prontuário Médico Nº**5590255** encontra-se internado neste Hospital desde **19/11/2018** leito -**1621** para tratamento de saúde.

Fortaleza, 12 de DEZEMBRO 2018



Responsável pela informação.



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro,
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Danilo Alison Miranda Cruz

Idade: ____ anos

Prontuário: 5590255 Unidade: ____ 15 ____ Leito: ____ 10 ____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em 1 DPO de Red + FIR de fx de terço médio. Evolui afebril, eupnéico, sem queixas álgicas e orientado. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, motilidade ocular preservada, visão turva, BMM com fio de aço, oclusão estável e sem sinais clínicos de infecção.

OBS: RETORNO COM O PACIENTE PARA O DR. FLÁVIO LEITÃO

Diagnóstico Principal: Fratura de Complexo Óbito -Zigomático-Maxilar

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese da fratura do complexo orbito-zigomatico-maxilar

Cirurgião: Dr. José Maria

Data: 24/01/19

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

Retornar : Dia 28/12/18 as 08:00hrs com Dr. José Maria

Observações:

Dietas Pastosa/Liquidificada por 30 dias.

Higiene Oral 4x/dia.

Data: 25/01/2019


Cirurgião Dentista

CRO/Carlimbo

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

TNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Cidade: Fortaleza - CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: Danilo Alison Miranda Cruz

ENDEREÇO: Einstein, 2446 - Fortaleza

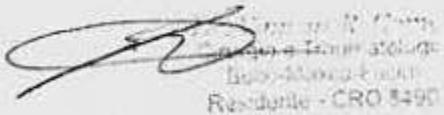
RESSCRIÇÃO:

ISO INTERNO:

- 1) Amoxicilina 500mg/5ml(suspensão) ----- 2 frascos
Tomar 5 ml de 08/08 horas por 07 dias.
- 2) Ibuprofeno (gotas) ----- 1 Frasco
Tomar 40gts de 08/08h por 03 dias.
- 3) Dipirona 500mg/ml (gotas) ----- 1 Frasco
Tomar 20 gotas de 06/06h se sentir dor.



DATA: 25/01/2019



Renanio - CRM 5490

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: ___/___/___

FORNECEDOR:



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a).: Danilo Alison Miranda Cruz, foi atendido (a) neste hospital no dia 19/11/2018, às 09:24, permanecendo até a data de hoje.

Tendo como causa de socorro: Fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar
CID: S024

Observações: O paciente supracitado foi submetido a osteossíntese do complexo órbito-zigomático-maxilar. Necessita de trinta (30 dias) de afastamento de suas atividades trabalhistas e desportivas, a fim de evitar infecção e quadros de sangramento ativo.

Fortaleza, 25 de janeiro de 2019.



Assinatura / Carimbo.



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde

Instituto Dr. José Frota

Declaração Hospitalar

O Sr (a).: Danilo Alison Miranda Cruz, foi atendido (a) neste hospital no dia 19/11/2018, às 09:24, segundo informações contidas no prontuário, permanecendo até a data de hoje.

Tendo como causa de socorro: Politraumatismo

Observações: A cirurgia na face para o paciente em questão está prevista para o dia 24/Janeiro/2019.

Fortaleza, 21 de janeiro de 2019.

Assinatura / Carimbo.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

NES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

bairro Centro Fone: 3255 5000

Fortaleza-CE CEP: 60025-001

1º VIA- FARMÁCIA

2º VIA- PACIENTE

PACIENTE: Danilo Alison Miranda Cruz

DIREÇÔO: Einstein, 2446 - Fortaleza

RESCRIÇÃO:

SO INTERNO:

1) Amoxicilina 500mg/5ml(suspensão)----- 2 frascos

Tomar 5 ml de 08/08 horas por 07 dias.

2) Ibuprofeno (gotas) ----- 1 Frasco

Tomar 40gts de 08/08h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg/ml (gotas) ----- 1 Frasco

Tomar 20 gotas de 06/06h se sentir dor.

RECIBO
SEGURAS
A 54
28 MAR 2019


Luis Henrique da Cunha
Bucodental Fisio
Residente - CRM 849

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

OME:

i:

DIREÇÔO

FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

FORNECEDOR:

RECEITUÁRIO

Paciente: _____
BE / Prontuário: _____

Danielle Xan Miranda Freitas

Radioscintigrafia com bismuthos
e tecnécio

Exame de rotina, repescagem do pescoço traqueofar.

2



Fortaleza, 14/12/2018

MARIE SABÓIA SILVEIRA
Médico - Neurologia - UF
CREATEC 17.182

Data: ____ / ____ / ____

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Pinto

RECEITUÁRIO

Paciente: _____
BE / Prontuário: _____

Danielle Nam Miranda Cruz

Entremos no atendimento do
Dr Francisco Neto

Lado do pé no braço

Fortaleza, 30/12/2018

Carimbo de identificação
Geraldo Sobral Silveira
Médico - Neurologista - UF
Data: 30/12/2018



Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148x210).
P Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Danielle Alves M. Cruz RAE/Prontuário: 5590255

Dr. Jose Meira

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 11/02/19

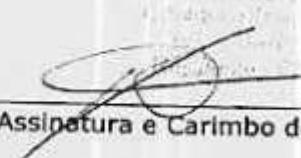
HORÁRIO: 08:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- P.O. sob osteosíntese de Fr. 2º CZM(D) e Tratamento conservador de Fr. do Unomandibular (24/01/19)
- BMF (24/01/19)

Data: 28/03/19


Assinatura e Carimbo do Médico



A.E.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil

28 MAR 2019



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

ENCAMINHAMENTO REDE SARAH

Paciente: Rambo Nixon miranda cruz

Prontuário: 5590255 Leito: 1621

Motivo da Internação: Acidente moto - TCE

Diagnóstico Médico: TCE TRM

Cirurgia(as) realizada(s): —

Patologias: —

Medicamentos em uso: Fenitoína, Diazepam,
Propacetamol

Fortaleza, 10 de 12 de 2013

Dra. Verônica Bonellos
Clínica Médica
CRM 9516

Verônica

Assinatura/Carimbo médico



CAMPO DESTINADO AO SERVIÇO SOCIAL

SERVIÇO SOCIAL: Orientação Cadastramento 1ª Consulta

Responsável pelo Paciente:

Contatos:

Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Danilo Alison Miranda Cruz BE: 5590255

Uso externo:

- 1) Digluconato de Clorexidina _0,12% (sem álcool) _____ 01 frasco
Bochechar 10mL, 3 vezes ao dia, por 01 minuto, durante 10 dias.

Obs: bochechar 30 minutos após a escovação.



Data: 25/01/2019

Assinatura e carimbo

ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADES
RUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROCIRURGIA -
EQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
- DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: _____ RAE/Prontuário: _____

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 25/03/19

HORÁRIO: 08:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

→ Foi encaminhado para cirurgia de
Tratamento cirúrgico de fratura mandibular
(24/03/19)

Data: 25/03/19

Dr. Jean Felipe Vasconcelos Freitas
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HBM CRO/CE 9530

Assinatura e Carimbo do Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

- (1) manobras gástricas
 (2) AVP
 (3) Expectorante DIDA EV
 (4) Ictotônico 3ml EV
 (5) Suco de calda 10ml EV
 (6) aspiração de Vias aéreas
 (7) Ambu + Ruedel.

OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Ruptura e Desaturando. Decidi por Entubação Orotráqueal. Realizando Indução sequeira Rapida, foram as laringoscópias Vía aérea com grande quantidade de sangue e o aspirador não funcionou. Estabeleci a intubação com Ambu e fixação a Vía de Camdeboo para uma melhor estabilização juntas entubadas e posteriormente levado ao I.F. Centro. Foi feita a Sua Intubação.

ASS./CRM:

18.347

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Rearticulação maxilar, SSVV's, IAVP + HV + Medicament conforme a Prescrição, mobilização + aspiração de vias aéreas. Paciente com dificuldade estabilização na Vía camdeboo e posteriormente induzido ao centro de referência.

Danielly

ASS./COREN: 48/1673

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.: 28 MAR 2019

DESTINO DO PACIENTE

BOLETIM EMERG:

- UNIDADE DE SAÚDE: I.F.
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / BS HS

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

EM: / /

VALOR:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

EU, 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:

Relatório Médico

PACIENTE:

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 19.11.18. Como trauma associado apresentou TCE, fratura distal do rádio e trauma de face. Ficou em coma por 18 dias. Ao recobrar a consciência observou alteração dos movimentos do MSD. Apresentava somente movimento palidos de dedos e punho.

SWALIS BEsta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial g540 por acidente motociclistico em 29.01.19. Imediatamente depois o paciente apresentou alteração dos movimentos do braço direito estando presente os movimentos dos dedos e mão. Refere dor.

Procurou-nos para esclarecimento diagnóstico e terapêutico.

Ao exame:

plegia do tronco superior e tronco inferior normal.

**MÉTODO COMPLEMENTAR:**

ENMG sugere lesão do plexo braquial

CONDUTA:

Fisioterapia, RNM da coluna cervical e provável cirurgia

Prognóstico reservado. Caso o paciente seja operado até o mês de junho de 2019 há chances de 70% de recuperação dos movimentos. Cirurgia realizadas após essa data aumenta a chance de insucesso e o paciente pode permanecer nesse estado definitivamente - SWALIS B

Fortaleza 30.05.19

Dr. Flávio Lettão Filho
Neurocirurgião
CRM/CE 18737/RQF ANS



NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ATESTADO MÉDICO

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS,

A.
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE O(A) PACIENTE SUPRACITADO(A), 32 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 19/11/18, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO 21/12/18 NO IJF, EVOLUIU COM PARESIA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. COMPARECE AO AMBULATÓRIO COM QUEIXA DE ALGIA EM MEMBRO. AO EXAME: GCS 15, PIFR, MOE PRESERVADA, PARESIA DE MSD (FORÇA DISTAL > FORÇA PROXIMAL) - NÃO ELEVA O MEMBRO. TAL DEFICIT ATRAPALHA A ATIVIDADE LABORAL DO PACIENTE COMO ELETRICISTA.

ALTA DEFINITIVA

CID: S14.3

FORTALEZA, CE 30 DE MAIO 2019


Dr. Gleison A. Ribeiro
Médico Residente
Neurocirurgia
CREMEC - 18149



Nome: _____

RECEITUÁRIO

NOME

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ATESTADO MÉDICO -

PACIENTE 32 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 19/11/2018, APRESENTOU TCE E LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL (SUGERIDO PELA ENM) REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO 21/12/18 NO IJF, EVOLUIU COM PARESIA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. CIRURGIA CORRETIVA. AO EXAME PARESIA DE MSD (FORÇA DISTAL > FORÇA PROXIMAL). NÃO ELEVADA O MEMBRO. TAL DÉFICIT ATRAPALHA SUA ATIVIDADE LABORAL COMO ELETRICISTA. ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO PARA O TRABALHO.



DATA 03/06/2019

RENNAN ALVES CAMPELO BESSA
CRM / 18018
CARIMBO/ASSINATURA

Relatório Médico

PACIENTE:

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 19.11.18. Como trauma associado apresentou TCE, fratura distal do rádio e trauma de face. Ficou em coma por 18 dias. Ao recobrar a consciência observou alteração dos movimentos do MSD. Apresentava somente movimento palidos de dedos e punho.

SWALIS BEsta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial g540 por acidente motociclistico em 29.01.19. Imediatamente depois o paciente apresentou alteração dos movimentos do braço direito estando presente os movimentos dos dedos e mão. Refere dor.

Procurou-nos para esclarecimento diagnóstico e terapêutico.

Ao exame:

plegia do tronco superior e tronco inferior normal.

MÉTODO COMPLEMENTAR:

ENMG sugere lesão do plexo braquial



CONDUTA:

Fisioterapia, RNM da coluna cervical e provável cirurgia

Prognóstico reservado. Caso o paciente seja operado até o mês de junho de 2019 há chances de 70% de recuperação dos movimentos. Cirurgias realizadas após essa data aumenta a chance de insucesso e o paciente pode permanecer nesse estado definitivamente - SWALIS B

... farto dia 30.05.19

Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgião
CRM/MEC 6873/RQF ANDR

BRASIL

denuncieak123@gmail.com

Endereço:
rua stenio gomes
CEP:
60.055-090

Bairro:
parque sao jose
Cidade:
FORTALEZA

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de Invalidez sob sinistro 3190240126, onde foi enviada toda documentação para o recebimento da indenização, acontece que foi disponibilizado um pagamento do valor de R\$843,75, ABSURDO!!! Pedir todo movimento do meu braço, sendo que um amigo teve a mesma lesão e recebeu o valor correspondente com a lesão dele, conforme a TABELA DO DPVAT DA LEI 6.194. O que me deixa mais surpreso é que o médico nomeado pela SEGURADORA LÍDER PARA FAZER minha perícia, relato para mim que era uma lesão muito grave. Está claro que a Seguradora líder está se apropriando do pagamento que era par ter vindo para mim na qualidade de vítima de acidente automobilístico. SOLICITO que seja averiguado a conduta da seguradora líder atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de asssegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente, e não estou de acordo com a cobrança com este pagamento.

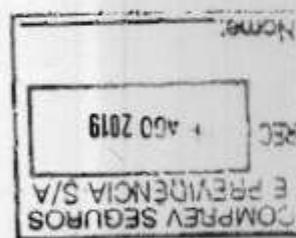
O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep. Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui		29/08/2019 14:18:15



Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

E-mail enviado para denuncieak123@gmail.com
Texto:
Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou
www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/faca-aqui-sua-reclamacao

29/08/2019 14:18:15

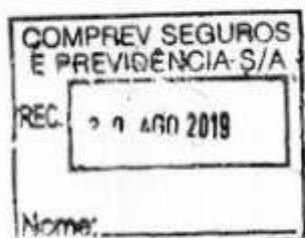
29/08/2019

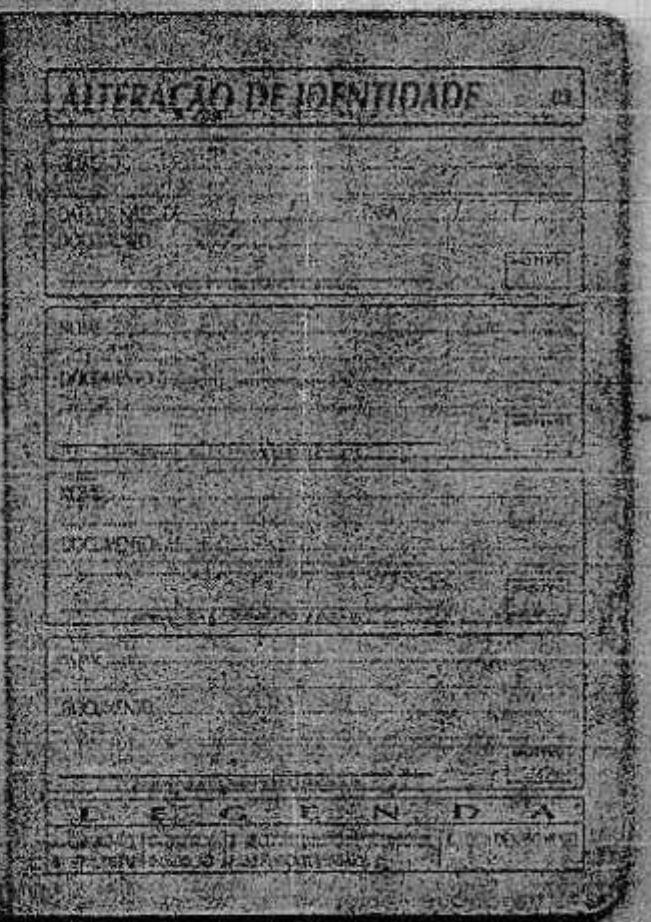
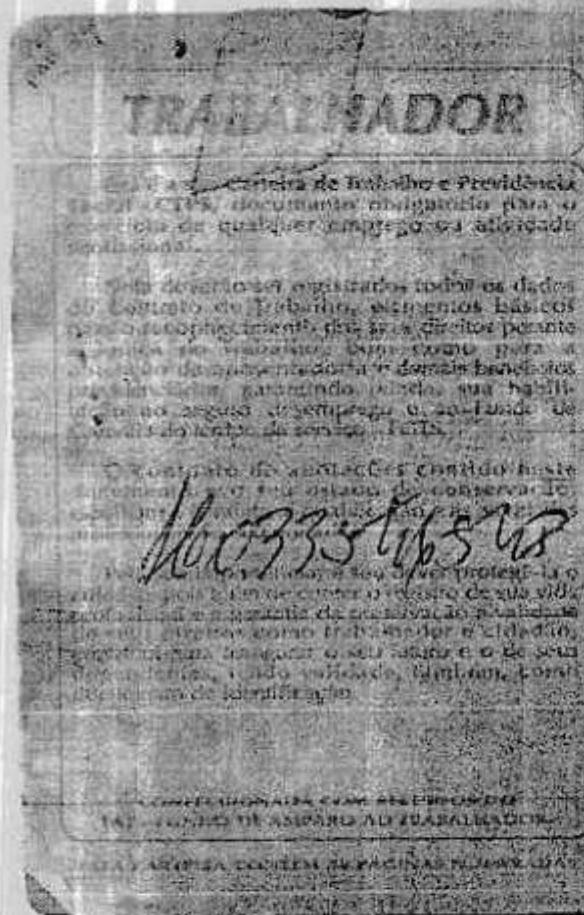
Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser

Barra GovBr





28 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE N° 014058869654
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 02 365674958 0000000000 EXPIRA 2019

SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO

FORTALEZA/CE

60570186307 OCD8617

PLACA: 9C2JC4120CR500210

PTA/MOTOCICLETA/ESPECIAL/ABERTA/CAPACITADA

HONDA/CG 125 FAN ES 2011 2012

2P/0CV/124CC CATEGORIA: PARTIC

CATEGORIA DO CONDUTOR: VERMELHA

I 100% P 100% V 100% A 100%

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/2019 PRESTADOR DE SERVIÇOS: 180,65 SEGURO: 0,70 VALOR TOTAL: 185,30 DATA DE PAGAMENTO: 24/08/2018

FORTALEZA 24.8.2018 28/08/2018
Folha Renda Familiar/Outras
Superintendente

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE, EXCETO NA CARGA, APENAS TRANSPORTE DE PESSOAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE N° 014058869654 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

OCD8617

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguraderalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014058869654 92808758208

2018 28/08/2018

PLACA: 60570186307 OCD8617

PLACA: 365674958 HONDA/CG 125 FAN ES

2011 09 9C2JC4120CR500210

PREMIO TARIFARIO

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/2019 DATA DE PAGAMENTO: 24/08/2018

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/2019 DATA DE PAGAMENTO: 24/08/2018

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/2019 DATA DE PAGAMENTO: 24/08/2018

X COTA ÚNICA PAGO TOTAL: 185,30

DESPACHANTE LOTE/DOCEG201016/30 RICARDO 923473

MOTOR: JC4152C503210

014058869654

RECIBO CE N°

14058869654

OCD8617

365674958

014058869654

OCD8617

365674958

014058869654

OCD8617

365674958

014058869654

OCD8617

365674958

014058869654

OCD8617

365674958



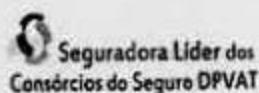
3683

CE



C

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANILo ALISON MIRANDA CRUZ : 052.260.773-00

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ : 052.260.773-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

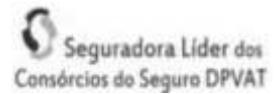
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

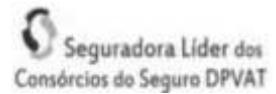
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 07/08/2019
Nome: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 30/08/2019
Nome: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240126 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar, conforme documentos de pronto atendimento de 19/11/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito e no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal esquerdo. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutiva, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Trata-se de caso de discordância, ao exame físico foi verificado sequela permanente no membro superior direito, todavia não há como comprovar de forma inequívoca que tal sequela tenha nexo com o presente sinistro.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240126 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar, conforme documentos de pronto atendimento de 19/11/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito e no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal esquerdo. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutiva, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Trata-se de caso de discordância, ao exame físico foi verificado sequela permanente no membro superior direito, todavia não há como comprovar de forma inequívoca que tal sequela tenha nexo com o presente sinistro.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 30/08/2019

Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Data do cadastramento: 30/08/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03508

CONTA: 00001094906-3

Nr. da Autenticação 98BD37FF8EA7896A

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

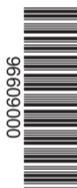
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Carta nº 14236925

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 033

Agência: 000003508

Conta: 000001094906-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Nº Sinistro: **3190240126**

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: **19/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190240126**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

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



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 14755410

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:

052.260.773-00 Daniel Alison Miranda Cruz

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

Nome completo:

Daniel Alison Miranda Cruz

Profissão:

Autônomo

Bairro:

Rio São José

E-mail:

Endereço:

R. Conde de Castro, 38 063

Cidade:

Fortaleza

CPF:

052.260.773-00

Número:

4500

Complemento:

Ap 108

Estado:

CE

CEP:

60730-202

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 atende 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 acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

Local e Data: Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

* Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

28 MAR 2019

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

3190/240.196

CPF da vítima:

052.260.773-00

Nome completo da vítima:

Daniela Alisson Miranda Cruz

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

Nome completo:

Daniela Alisson Miranda Cruz

Profissão:

Estudante

Bairro:

Pq São José

E-mail:

Endereço:

R. Condega de Castro, 36 063

Cidade:

Fonte Lapa

Estado:

PR

CPF:

052.260.773-00

Número:

4500

Complemento:

Ap 108

CEP:

60730-202

Tel (DDDD):

85-98617-4233

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

RENDIMENTO:

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

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 3608CONTA: 01 004906

5

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 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 pais/nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Fonte Lapa, 15/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

RFC: 16 ABR 2019

2º | Nome:

CPF:

Nome:

Assinatura

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019141956

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 723 / 2019

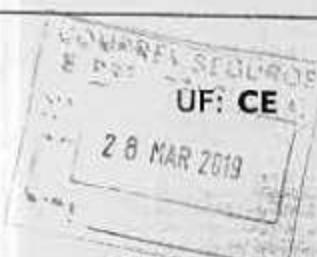
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 16:43:01**
Data / Hora da Ocorrência: **19/11/2018 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA STENIO GOMES**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SAO JOSE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**
Nascimento: **02/02/1987** CPF: **052.260.773-00**
RG: **2000002430739** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ**
JOSE AMARILDO DA CRUZ
Endereço: **RUA STENIO GOMES, 2446**
Bairro: **PARQUE SAO JOSE**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**



CEP: _____ Telefone: **(85) 98930-7021**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCD8617** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4120CR500210** Renavam: **365674958** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCD-8617 NA RUA STENIO GOMES QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU CONTRA UM POSTE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O UPA-CANINDEZINHO. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: COMUNICAÇÃO Falsa É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR: 08175438304

Assinado de forma digital por JCSE
 RODRIGUES JUNIOR:08175438304
 Data: 2019.02.27 16:46:02 -0300

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

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:

052.260.773-00 Daniel Alison Miranda Cruz

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

Nome completo:

Daniel Alison Miranda Cruz

Profissão:

Autônomo

Bairro:

Rio São José

E-mail:

Endereço:

R. Conde de Castro, 38 063

Cidade:

Fortaleza

CPF:

052.260.773-00

Número:

4500

Complemento:

Ap 108

Estado:

CE

CEP:

60730-202

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 atende 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 acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

Local e Data: Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

28 MAR 2019

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-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.



DECLARAÇÃO

SAMU
192

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Danilo Alison Miranda Cruz** - C.P.F. 052.260.773-00, no dia **19/11/2018**, às **08h23min**, na **Rua Stênio Gomes**, no **Bairro Parque São José**, 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 **P556561/2019**.

Fortaleza, 20 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAME 192
Regional Fortaleza
Mat. 45663-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza





P-543390/19 Reg V

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

USA 04

PONTO DE APOIO: Murapong

Nº DA OCORRÊNCIA:

0180

10/11/2018

TURNO: MT

EQUIPE: Dr. João Paulo + Daniel

Licitante: A liberdade Mhondra brux

IDADE: 35

SEXO: M

R. Stênio Gomes 2380

BAIRRO:

v São José

07:25

QUS: 08:23

QUY:

QUU:

Nº FOLHA DA OCORRÊNCIA:

Paludosa moto / Poste

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

RESPONSIVO

NÃO RESPONSIVO

PERVÉS

OBSTRUÍDAS

EXPANSÃO TORÁCICA

 PRESENTE
 AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

 PRESENTE
 AUSENTE
 POR: quadro da base suspeita e seco
conquinhento.

PADRÃO RESPIRATÓRIO

CLÍNICO

TAQUIPNEICO

BRADIPNEICO

AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

NORMAL

ALTERADA:

Pneumopatia
Superficial

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

NORMAL

ALTERADA:

AUSCULTA

NORMAL

ALTERADA:

Raros

PULSO

NORMOCÁRDICO

TAQUICÁRDICO

BRADI CÁRDICO

AGÔNICO/AUSENTE

CHEIO

FLUÍDEO

IMPALPÁVEL

IMPAIR

CORADA

PÁLIDA

CIANÓTICA

SUDOREICA

SECA

QUENTE

FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

< 2 seg

> 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

SIM

NÃO

IMPAIR

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA 0-4

À VOZ 0-3

À DOR 0-2

NENHUMA 0-1

TOTAL

8/15

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (a) / SORRI (p)

CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL

PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)

SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)

NENHUMA

OBEDECER A COMANDOS

LOCALIZAÇÃO DOR

MOVIMENTO DE RETRADA

FLEXÃO ANORMAL

EXTENSÃO ANORMAL

NENHUMA

6

5

4

3

2

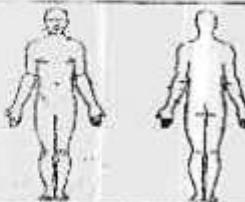
1

PIRÍPLAS

NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)

ALTERADAS

ADULTO



① cef puncos (lesões)
 ② Trauma hemicrânio (fronto-temporal direito)
punctal dilatado.
 ③ laringoscópio lúvio D'aristote.
 ④ olho direito queixa d'aristote.

PEDIÁTRICO



SAMPLE

PA:

FR: 28.

GIC:

OXIM:

64/1.4 TEMP: _____

paciente 350m g vitima de colisão moto x poste, ante
 10/11/18 sem espontâneo, apresentando Trauma hemicrânio (fronto-temporal direito) hemicrânio em labio
 direito e equinor o olho direito, vista alterada com fundo de silencio
 respiratório ruidoso; O nariz esteve com RFL
 8/15, PT FR; Tegumento com respiração superficial.
 Chama e calor cervical e dentro a cintilância
 exa apneia de vias altas com grande quantidade de
 sputo e o sputo obstrui o narino e o narino com respiração

OBRIGADO: QUIS CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUIS SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUIS CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUIS SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

28 MAR 2019

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo E | Série 3-4 | Nº 554913080

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ nº 12510001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Posto: 15 01230 22 144200 - C. Endereço: Rua Conde de Castro 04500 AP 108 SL DE B - PARQUE
Nome: SANDRA MARIA DE LIMA SOUZA SMC 000005397274

Endereço Postal: RUA CONDE DE CASTRO 04500 AP 108 SL DE B - PARQUE
BAIRRO: FORTALEZA CEP 60730-902

End. da Unidade: RUA CONDE DE CASTRO 04500 AP 108 SL DE B - FORTALEZA
Consumidor:

RG / CPF / CNPJ: 8557114383-87 CGF

Classe: RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA

Fator de Postoleta: 0,00

27/01/2019

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Linha Ativa: Leitura Anterior Constante Consumo (MWh) Consumo (kWh) Consumo Faturado

6072 5884 1 217 0 217

4° 12/18 22/11/18 22 Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DETAS DE LEITURA

Data de Emissão: 28/12/2018 Prev. Prazo(s): 22/01/2019
Aviso(s): Leitura

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7864.0084-3PAZ-27MA.7339.E001.0877.0014

ICMS:

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor de Imposto

143,82 27,00% 38,33

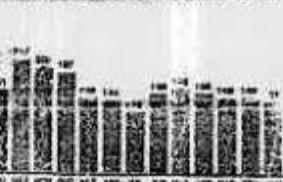
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Tributos	41,00
Tremelizações	4,34
Despesas	39,41
Encargos Materiais	5,87
Impostos (PIS/COFINS)	40,48
TOTAL	118,44

BÔXO DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vale a pena levar ao seu fornecedor para:
Consumo: FORNECEDOR: OUT/2018 - EUZC 30,80
Mês: DICRI = 0,00 F
Pedido Individual: Apuração Individual:
Mesal: Tensão / Anual: Anual: Tensão / Anual:
DIC (h) 8,37 0,00 0,00 0,10 0,00 0,00
PIC (h) 8,17 0,00 0,00 0,00 0,05 0,00
SMC (h) 8,34 0,00 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



■ Consumo médio dos 12 últimos meses
■ Consumo mensal

SEGUROS
LÍCIA SA

28 MAR 2019



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise da documentação completa. O prazo para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190240126 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANILo ALISON MIRANDA CRUZ

CPF/CNPJ: 05226077300

Posição em 25-06-2020 11:41:17

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (I)

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/06/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/09/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	Download
28/08/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	Download
20/08/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download
06/07/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	Download

19/06/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZBXr0eZ4CBa4jUc21Yzapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
06/06/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ycVeukRUO9ffDz5dlUdHapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
22/05/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dlFj+yZaHLGI7ZhIgsJIFapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
27/04/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6L5UN11c1jmFNDiLEEapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
02/04/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/OY__A7qX2JyBOpNucapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
02/04/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/3b8XzhJghlnOl0zxjhE2api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
 - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
 - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
 - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
 - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
 - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
 - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
 - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
 - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- > Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
 - > Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
 - > Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
 - > Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
 - > Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
 - > Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terms-of-Use.aspx](#))

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 AS:

3190240126 CPF da vítima: 052.360.773-00 Nome completo da vítima: *Danilo Alison Miranda Cruz*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

Nome completo:

Danilo Alison Miranda Cruz

Profissão:

autônomo Endereço:

Bairro:

Pq São José

Cidade:

Fortaleza

CPF:

052.360.773-00

Número:

4500

Complemento:

Jardim 108

CEP:

60.730.202

Tel. (DDD):

85 98617-9313

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Santander*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *3508*

CONTA: *01094906*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Testemunha:
Nome: _____
CPF: _____

Local e Data: *Fortaleza - Ce - 22/05/2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Danilo Alison Miranda Cruz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do íntero 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 DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190240126**

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cônego de Castro, 4500, , 60.730-202, Parque São José, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS CE / 2000002430739**

Data e local do acidente: **19/11/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **23/08/2019 - 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 rádio distal esquerdo, lesão do plexo braquial direito, trauma cruentocefálico e fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do rádio distal esquerdo, lesão do plexo braquial direito, trauma cruentocefálico e fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no punho esquerdo e no membro superior direito.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa apontando alterações, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Apresenta na região observada coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, com déficit funcional total. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 60°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no punho esquerdo.

IV. Nexo 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 parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade. Perda funcional completa do membro superior direito.

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.

Membro Superior Direito - Total - 100%

Punho Esquerdo - Leve - 25%

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

Não apresenta sequelas neurológicas e da estrutura craniofacial.


Dr. Grazi Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e Calígrafia do médico

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: 3190/240.196 CPF da vítima: 052.860.773-00 Nome completo da vítima: Vanilo Alison Miranda Cruz

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

Nome completo:	Vanilo Alison Miranda Cruz	CPF:	052.860.773-00
Profissão:	Autônomo	Endereço:	Rua Genésio de Castro, Bl 06 B
Bairro:	Parque São José	Cidade:	Fortaleza
E-mail:		Estado:	CE
		CEP:	60.730.202
		Tel.(DDD):	85 98617-4813

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 3508
CONTA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> 01094906 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado/no C.	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 cobrança de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.									

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário diferenciado

Local e Data: Fortaleza - 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura nº quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**Transferência entre contas
realizado com sucesso.**

Conta Origem: 4458/01.023972.1

Nome:

BRUNA

Conta de Destino: 3508/01094906

Tipo de conta:

Conta corrente

Titularidade:

Outra titularidade

Nome:

DANILO ALISSON MIRANDA CRUZ

Instituição: 033 - SANTANDER

Tipo Transferência:

Transferência entre contas

Data de Início: 15/05/2019

Valor: R\$1,00

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site: www.santander.com.br > Para Você > Tarifas e Pacotes Padronizados > Tabela Completa de Serviços.

Data / Hora da transação:

15/05/2019 12:07:36

Autenticação bancária:

MBB350910D2A8CFA0541226

Nova transferência

Compartilhar

Central de Atendimento Santander
4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)
SAC 0800-762-7777
Ouvíndoria 0800-726-0322

COMPRE SEGUROS
E PRÉ-EMBORA

06 JUN 2019

Fechar

**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: [3190240126](#)

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cônego de Castro, 4500, , 60.730-202, Parque São José, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2000002430739**

Data e local do acidente: **19/11/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **06/05/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -3.73763 , longitude: -38.50979**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Lesão do plexo braquial à direita, fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo óbito-zigomáticomaxilar,

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro superior direito 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 psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, com déficit funcional total. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexo 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 completa do membro superior direito devido à perda da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e 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 ás regiões corporais acometidas.

Membro Superior Direito - Total - 100%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou

a valoração do dano corporal:



Dr. Leonardo Gómez - M.D.
Brasília, Distrito Federal
01/01/2024